



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A Dor numa UCINP: Conceções e práticas dos
enfermeiros na gestão da dor em crianças no
primeiro ano de vida

Dissertação de Mestrado

Adriano António Neves Chaves

Porto, 2017

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A DOR NUMA UCINP: CONCEÇÕES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA GESTÃO DA DOR EM
CRIANÇAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

PAIN IN A NPICU : CONCEPTIONS AND PRACTICES OF NURSES IN THE MANAGEMENT OF PAIN IN
CHILDREN IN THE FIRST YEAR OF LIFE

Dissertação académica orientada pela
Professora Doutora Cândida Pinto
e coorientada pela
Professora Doutora Margarida Reis Santos

Adriano António Neves Chaves

Porto, 2017

AGRADECIMENTOS

Ao longo da nossa vida somos expostos a desafios, seja o destino que os colocou no caminho ou por escolha nossa graças ao libre arbítrio. A escolha de realizar um mestrado foi ponderada, mas sem conhecimento de causa. Em 2014, ao iniciar este percurso, tinha como objetivo o título de mestre pois isso representa um crescimento profissional major; escolhi conseguir alcançar este objetivo e o destino deu-me bem mais. Agradeço por isso ao destino, que me premiou da mulher fantástica que tenho a meu lado na vida, aos pais e irmã que sempre confiam em mim, à minha família por ser um dos pilares da minha vida, aos amigos que conheci neste percurso e que tanto me marcaram, a tudo o que me foi dado e mesmo tirado nesta jornada. Obrigado aos professores, às minhas orientadoras, especialmente à Prof. Margarida por tudo que representa e é, e à ESEP por ser uma instituição com qualidade e valores.

Um pensamento cheio de saudade para a minha Gabriela.

ABREVIATURAS

AINEs - Anti-inflamatórios Não-Esteróides

BPI-SF - Brief Pain Inventory, Short Form

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMIN - Centro Materno Infantil do Norte

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

CRIES - Crying Requires increased oxygen administration, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness

DAN - Douleur Aiguë du Nouveau-Né

DGS - Direcção-Geral da Saúde

DSVNI - Distress Scale for Ventilated Newborn Infants

EDIN - Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

ENC - Échelle Numérique de Classement

EPT - Équivalent plein temps (equivalente a tempo inteiro)

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EVC - Échelle Verbale de Classement (Escala Verbal de Classificação)

FC - Frequência Cardíaca

FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

FPS-R - Faces Pain Scale- Revised

FR - Frequência Respiratória

HUG - Hospital Universitário de Genebra

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

IBCS - The Infant Body Coding System

IBM - International Business Machines

ICN - International Council of Nurses

IG - Idade gestacional

NCCPC-R - Non Communicating Children's Pain Checklist - Revised

NFCS - Neonatal Facial Coding System

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale

N-PASS - Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale

OE - Ordem dos Enfermeiros

OFFT - Organismo Federal de Formação Profissional e da Tecnologia (organismo Suíço)

OMS - Organização Mundial de Saúde

PENPCDor - Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

PIPP - Premature Infant Pain Profile

PNCDor - Programa Nacional de Controlo da Dor

PPQ - Pediatric Pain Questionnaire

r-FLACC - FLACC révisé

RN - Recém-Nascido

RNAO - Registered Nurses Association of Ontario

s.d. - sem data

SFETD - Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Humana

SPSS - Statistical Package for the Social Science

UCINP - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

VNI - Ventilação não Invasiva

Índice

INTRODUÇÃO	11
1. A DOR	15
1.1 Fisiologia da dor	16
1.2 Dor no lactente	17
1.3 Resposta do Lactente à Dor	21
1.4 Avaliação Da Dor	24
1.6 Gestão da dor	33
1.6.1 Intervenções farmacológicas	35
1.6.2 Intervenções não farmacológicas	39
2. METODOLOGIA	45
2.1 A justificação do estudo	46
2.2 Questão e objetivos	47
2.3 Tipo de estudo	48
2.4 População e amostra	49
2.5 Instrumento de colheita de dados	49
2.6 Considerações éticas	51
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	53
3.1 Caracterização da amostra	53
3.2 A dor no RN e lactente: conceções e práticas dos profissionais de enfermagem	56
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
Anexos	97
Anexo I - Neonatal/Infant Pain Scale NIPS	99
Anexo II - Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - FLACC	101
Anexo III - Escala de Lausanne	105
Anexo IV - Escala Comfort Behavior	107
Anexo V - Questionário (Versão Portuguesa)	109
Anexo VI - Questionário (Versão Francesa)	119

Anexo VII - Formulário de informação e consentimento (Versão Portuguesa) -----	127
Anexo VIII - Formulário de informação e consentimento (Versão Francesa) -----	129

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra.....	54
Tabela 2: Formação específica sobre dor dos enfermeiros inquiridos.....	55
Tabela 3: Conceções dos enfermeiros sobre a dor do RN e do lactente	56
Tabela 4: Conceções dos enfermeiros sobre a contra-indicação da analgesia	57
Tabela 5: Norma de serviço - existência de protocolo	58
Tabela 6: Repartição da frequência de avaliação da dor no lactente.....	58
Tabela 7: Distribuição da frequência de utilização dos parâmetros de avaliação da dor	59
Tabela 8: Recurso ao uso de escalas pelos enfermeiros na avaliação da dor.....	60
Tabela 9: Prescrição médica	61
Tabela 10: parâmetros na avaliação da dor no lactente.....	62
Tabela 11: Primeira intervenção implementada pelos enfermeiros para o controlo da dor.....	62
Tabela 12: Protocolos para o tratamento da dor	63
Tabela 13: Técnicas não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros	64
Tabela 14: Procedimentos com recurso a medidas não farmacológicas	65
Tabela 15: Fatores que influenciam o recurso a intervenções não farmacológicas no lactente.....	65
Tabela 16: Procedimentos com recurso prévio a medidas farmacológicas.....	66
Tabela 17: Avaliação da eficácia das intervenções no controlo da dor.....	67
Tabela 18: Obstáculo ao diagnóstico da dor	67
Tabela 19: Obstáculo ao tratamento da dor	68
Tabela 20: Análise e discussão do Fenómeno dor durante a visita médica	68

Tabela 21: Otimização da gestão da dor.....	69
---	----

Resumo

As UCINP permitem hoje sobreviver a crianças com situações clínicas vulneráveis. Porém, são locais onde o fenómeno dor existe quer decorrente das situações patológicas, quer pelas intervenções dos profissionais de saúde. O presente estudo debruça-se sobre a dor do recém-nascido e lactente neste contexto.

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, exploratório descritivo. Recorreu-se a uma amostra de conveniência constituída por 51 enfermeiros a exercer funções em UCINP em *Genève*. A recolha de dados processou-se através de um questionário.

Trata-se de uma amostra maioritariamente feminina. Os resultados revelam que a quase totalidade reconhece que quer o recém-nascido quer o lactente têm capacidade para sentir dor. Porém 47% reportam contraindicações da analgesia pela imprevisibilidade dos efeitos colaterais. A avaliação da dor é feita mediante o recurso a parâmetros comportamentais, sendo que 72,5% utiliza sempre escalas para essa avaliação. Por sua vez, 86,3% dos inquiridos referem que a primeira intervenção para o controlo da dor assenta em medidas não farmacológicas. Destas a mais utilizada é a sucção não nutritiva.

Apesar do conhecimento evidenciado, pode concluir-se que o fenómeno dor é uma entidade complexa com inerentes especificidades quando se cuida de recém-nascidos e lactentes internados em UCINP. Os dados apontam para a necessidade de investir na formação dos profissionais de enfermagem na área da gestão da dor, no sentido de melhorar a qualidade de cuidados e minimizar o impacto negativo da dor nestas crianças.

Palavras-Chave: Dor; Recém-nascido; Lactente; Enfermagem; Cuidados intensivos.

SUMMARY

Today, NPICUs allow for the survival of children in vulnerable clinical situations. However, they are places where the phenomenon of pain exists, both due to the pathological situations and the interventions of health professionals. The present study focuses on the newborn and infant's pain within this context.

A quantitative and exploratory descriptive study was undertaken. A convenience sample of 51 nurses working at NPICU in Geneva was used. Data collection was processed by means of a questionnaire.

The sample is predominantly female. The results reveal that almost all acknowledge that both the newborn and the infant are able to feel pain. However, 47% reported contraindications of analgesia due to the unpredictability of side effects. Pain evaluation is made through the use of behavioral parameters, in which 72.5% always use scales for this evaluation. In turn, 86.3% of respondents report that the first intervention for pain control relies on non-pharmacological measures. Of these, the most used is non-nutritive sucking.

Despite evidenced knowledge, the conclusion is that the pain phenomenon is a complex entity with inherent specificities when caring for newborns and infants hospitalized in NPICU. Data points to the need for investment in the training of nursing professionals in the area of pain management, in order to improve the quality of care and minimize the negative impact of pain in these children.

Keywords: Pain; Newborn; Infant; Nursing; Intensive Care

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência subjetiva pessoal, complexa mediada por componentes sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais (Araújo et al., 2015). Na criança em fase pré-verbal, como os recém-nascidos e lactentes, assume particularidades decorrentes da sua incapacidade de verbalização. Associado a isto, durante muitos anos advogou-se que, principalmente os recém-nascidos eram incapazes de sentir dor dada a imaturidade do seu sistema nervoso. No entanto, as evidências científicas têm vindo a demonstrar o contrário, comprovando mesmo que a dor tem consequências a longo prazo tais como alterações fisiológicas e comportamentais que levam ao aumento da morbimortalidade, alterações nociceptivas, cognitivas e psiquiátricas (Margotto e Nunes, 2006, citados por Araújo et al., 2015).

A complexidade inerente ao estudo do fenómeno dor, em recém-nascidos (RN) e lactentes, em contexto de hospitalização, em unidades de cuidados intensivos pediátricos ou de neonatologia, faz com que a gestão e avaliação da dor ainda não tenha alcançado os padrões de qualidade pretendidos. No entanto, tem-se assistido a um aumento significativo de estudos nos últimos anos, assim como, de uma particular atenção atribuída a este fenómeno por parte da comunidade científica e política. Não obstante os avanços, deparamo-nos ainda hoje com dificuldades significativas para fazer face às situações de dor no RN e lactente, existindo desigualdades na gestão deste fenómeno. Por outro lado, o avanço tecnológico e os meios cada vez mais sofisticados de métodos de diagnóstico, monitorização e tratamento aumentam significativamente o potencial de presença de dor no lactente, principalmente se internado em unidades de cuidados intensivos pediátricos ou de neonatologia.

O Enfermeiro pelo seu dever profissional, ético e moral, e pela sua proximidade com o doente é um elemento chave na compreensão e ação sobre a dor. Pelo seu mandato social os profissionais de enfermagem são, não só, responsáveis pelos cuidados, mas também, por proteger os interesses dos lactentes, dada a sua, já referida, incapacidade verbal de comunicação. Segundo o código deontológico o enfermeiro tem o dever de *“Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional”* (OE, 2015a, p. 51).

A enfermagem, pelas suas bases científicas, assim como pelo seu papel na comunidade e sociedade, pode e deve desempenhar uma posição de líder no avanço do conhecimento sobre a dor na comunidade pediátrica. Um dos objetivos supremos da profissão é promover a saúde e o bem-estar da população. Para alcançar esse objetivo, deve otimizar a qualidade dos cuidados aos doentes com dor ou com potencial de sofrer dor, sendo por isso a gestão da

dor uma prioridade. Para tal o enfermeiro deve “... *avaliar, diagnosticar, planejar e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados.*” (OE, 2008, p. 7).

Partindo destes pressupostos, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretende-se desenvolver uma investigação intitulada “A Dor numa UCINP: Conceções e práticas dos enfermeiros na gestão da dor em crianças no primeiro ano de vida”. A pesquisa tem como objeto de estudo a abordagem dos enfermeiros na gestão da dor no lactente hospitalizado em unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos.

Tendo em conta a etimologia da palavra lactente, criança que mama, (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico, 2017), considera-se neste estudo lactente a criança no primeiro ano de vida (ICN, 2011) incluindo o recém-nascido, e este termo será usado em alternativa ao termo “bebé”.

Os objetivos norteadores da presente investigação são:

- Identificar as conceções dos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos sobre a dor no lactente;
- Identificar os procedimentos utilizados pelos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos no controle da dor do lactente;
- Identificar os parâmetros de avaliação e gestão da dor no lactente pelos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos;
- Identificar as escalas utilizadas pelos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos na avaliação da dor do lactente;
- Identificar as dificuldades dos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos na avaliação e gestão da dor no lactente;
- Identificar a perceção de autonomia dos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos na opção das medidas de gestão da dor no lactente;
- Identificar as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos na gestão da dor no lactente;
- Identificar os procedimentos em que os profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos recorrem a medidas não farmacológicas;
- Identificar os procedimentos em que os profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos recorrem a medidas farmacológicas.

Tendo por base os objetivos atrás referidos, recorreremos a uma metodologia quantitativa, exploratória e descritiva. A recolha de dados foi efetuada com recurso a um questionário de auto-preenchimento, aplicado a uma amostra não probabilística de enfermeiros dos serviços de cuidados intensivos pediátricos e neonatologia do Hospital Universitário de Genebra

(HUG). A informação obtida pela pesquisa de terreno será confrontada e discutida com base na evidência científica.

Pretende-se com esta investigação contribuir para o aumento do conhecimento científico de enfermagem, assim como melhorar os cuidados de enfermagem aos lactentes internados em unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos (UCINP).

Tendo em vista a apresentação lógica e organizada do trabalho desenvolvido optou-se pela sua estruturação em quatro grandes capítulos. No primeiro será feito um enquadramento teórico no sentido de explorarmos e explicitarmos a problemática em investigação. No segundo capítulo debruçar-nos-emos sobre as questões metodológicas, nomeadamente a tipologia de estudo, instrumentos de colheita de dados, caracterização dos participantes, e as considerações éticas. Nos capítulos seguintes proceder-se-á à apresentação e análise dos resultados, e por fim procederemos à discussão dos resultados obtidos. Por último, são traçadas algumas considerações finais relativas à investigação realizada, que se espera que possa constituir um contributo para a otimização dos cuidados ao RN e lactente internado numa UCINP, nomeadamente no controlo da dor.

1. A DOR

A dor é um fenómeno universal, que preocupa o Homem desde há séculos e é um dos motivos pelo qual o ser humano recorre aos serviços de saúde (Aslan, Badir & Selimen, 2003; DGS, 2003). É um sintoma transversal potencialmente presente em qualquer situação de hospitalização por razão patológica (DGS, 2003), e é agravado pelo contexto de cuidados intensivos (Almeida, 2002; Cheever, 1999; Kwekkeboom & Herr, 2001; Stannard et al., 1996).

Existem diversas definições do conceito dor. Este conceito tem ao longo dos tempos sofrido evolução, fruto dos avanços sobre o conhecimento do fenómeno. Apesar do ser humano ainda não “dominar” a dor, pode observar-se que ao longo dos tempos a noção de complexidade e abrangência do conceito aumentou. A dor é, de acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) uma *“experiência sensitiva e emocional desagradável decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais”* (IASP, 2012, s.p). A DGS (2013) considera-a um fenómeno multidimensional, resultante de uma lesão tecidular concreta ou potencial que venha a ocorrer provocando em todos os casos, tipos e intensidades de dor, sofrimento na pessoa que experimenta o fenómeno. Além do aspeto sensorial também o aspeto emocional é incluído na definição de dor. É também feita a distinção entre dor aguda, presente habitualmente num período de tempo limitado, e dor crónica que se arrasta pelo tempo e pode provocar sequelas. São múltiplas as possibilidades de um indivíduo sentir e expressar a sua dor face a um mesmo estímulo doloroso (DGS, 2003).

Outra definição e abordagem da complexidade da dor, encontra-se no Plano Nacional de Luta Contra a Dor que diz:

“A dor é uma perceção pessoal que surge num cérebro consciente, tipicamente em resposta a um estímulo nóxico provocatório, mas por vezes na ausência de estímulo. A relação entre a perceção e o estímulo é variável, depende das expectativas e crenças do indivíduo, do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do estímulo.” (DGS, 2013, p.1).

Constata-se nesta definição que o aspeto social, físico, cultural, subjetivo e biológico é tido em consideração, o que revela o carácter multidimensional e complexo do fenómeno.

Desde sempre estudada devido à sua importância na qualidade de vida e bem-estar dos seres humanos, a dor é considerada pela DGS como sendo o quinto sinal vital, sendo a sua parametrização uma norma de boa prática (Ordem do Enfermeiros, 2008), devendo os

enfermeiros efetuar registos sistemáticos e contínuos deste parâmetro. Os registos são de extrema importância e pertinência pois aumentam o grau de segurança das intervenções, permitem a continuidade dos cuidados, e melhoram a qualidade de vida do doente.

Como acontece com os restantes sinais vitais, aquando do registo da intensidade da dor, o enfermeiro reporta-se, somente, ao momento em que a avaliação é feita. A monitorização da dor deve ser feita com recurso a escalas. As orientações apontam para a necessidade de utilizar uma escala válida e reconhecida pela comunidade científica, fazendo uso da mesma escala para o mesmo doente, salvo se a situação mudar e for necessário adaptar o tipo de escala. As escalas referidas na norma n.º 09/DGCG (DGS, 2003) não contemplam a população estudada nesta investigação. No entanto, como é referido, existem escalas que avaliam a dor em crianças com menos de três anos, que, por razões clínicas ou pelo estado de desenvolvimento em que se encontram, não são capazes de comunicar a sua dor.

A formação para o uso de escalas e o treino para avaliação do parâmetro dor, são requisitos fundamentais para uma boa avaliação da dor, em clientes das diferentes faixas etárias, e contribuem para a uniformização do método de avaliação e linguagem utilizada pelos enfermeiros, (DGS, 2003; OE, 2008).

1.1 Fisiologia da dor

O que liga o ser humano ao mundo que o rodeia são os cinco sentidos, todos eles geridos pelo sistema nervoso central. A dor representa um mecanismo de autodefesa do organismo que emite um “alerta” quando está sujeito a lesões ou potenciais lesões. Perante a sensação dolorosa, o organismo irá desencadear uma série de mecanismos com vista a reduzir ou eliminar a dor. A primeira ação consiste em eliminar a fonte de dor, quando tal é possível (Batalha, 2010).

Na segunda metade do século XX, em 1965, é desenvolvida uma teoria que vem revolucionar a compreensão dos mecanismos que regem o fenómeno dor no ser humano. Esta teoria, denominada de “Teoria do portão de controlo da dor” ou “Gate Control”, surge com Melzack e Wall, é ainda válida nos dias de hoje, é muito utilizada na investigação, e ajuda a compreender a perceção e modulação da dor (Caramelo & Paisana, 2006).

O mecanismo de dor pode ser, segundo Phipps, Long e Woods (1990), decorticado em três sistemas: o primeiro, constituído pela substância gelatinosa da medula espinal, é responsável pela modulação dos estímulos na região medular; o segundo, um sistema de controlo central situado no córtex e no tálamo, é responsável pela influência dos estímulos

no cérebro; o terceiro, é o sistema neuronal, responsável pela percepção da dor propriamente dita. Melzack e Wall (1965) defendiam que os impulsos da dor eram conduzidos pelas fibras nervosas da periferia para a medula espinal e, uma vez na substância gelatinosa, percorriam o trajeto espino-talamico antero-lateral (no caso de o portão estar aberto), dirigindo-se ao tálamo e, de seguida, ao córtex. É nesta última etapa que se dá a percepção e interpretação da dor. Por outro lado, caso o portão esteja fechado, não haverá transmissão de impulsos, pelo que a dor não será sentida.

A capacidade de autopreservação do organismo conduz a respostas que ocasionam um efeito benéfico, através de dois mecanismos: uma contração muscular que paralisa a região afetada, não querendo nem permitindo ao paciente a manipulação ou mobilização da região; libertação de endorfinas (produzidas no cérebro e medula espinal que além de mais possuem recetores que se ligam à morfina) como resposta neuroendócrina (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002).

Melo & Pettengill (2010) descrevem a existência de três tipos de dor: aguda, crónica e recorrente. A dor aguda é breve, de fácil localização, por norma requer um tratamento sintomático e está relacionada com um transtorno físico. A dilatação pupilar, alteração da frequência cardíaca e sudorese são alguns dos sinais que podem surgir. O tratamento atempado, por norma, faz com que o alívio seja rápido e as consequências mínimas ou nenhuma. A dor crónica é de natureza persistente, logo prolonga-se no tempo, é mais difícil de localizar e implica transtornos mais sistémicos e profundos, tais como alteração do sono, anorexia, desesperança e ansiedade. A dor recorrente é aguda e de curta duração, mas de ocorrência frequente, daí ser-lhe atribuído um carácter de cronicidade (Melo & Pettengill, 2010).

No que respeita à fisiologia da dor em pediatria é importante ter em atenção que as distâncias interaxonais são mais curtas (Batalha, 2010), assim quanto mais pequena for a criança mais aumenta a velocidade com que o estímulo chega ao cérebro. A quantidade e qualidade dos neurotransmissores inibidores descendentes são menores quanto mais jovem for a criança. Por sua vez os opióides endógenos e vias inibidoras medulares só adquirem funcionalidade a partir do 3º mês de vida. Segundo o mesmo autor, no recém-nascido existe uma maior densidade de recetores cutâneos de dor e uma menor precisão na transmissão do sinal da dor na medula e *“Em contrapartida, as vias de controlo descendente são ainda imaturas, daí resultando, nos recém-nascidos pretermo, uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos.”* (DGS, 2010, p. 3).

1.2 Dor no lactente

Segundo Fournier-Charrière (2007), a dor protege a vida ao “alertar” o ser humano sobre a presença ou potencial de sofrer uma lesão. Esta autora refere que nos primeiros anos de vida, as “pequenas dores” do dia a dia produzem inúmeras aprendizagens: interiorização do sistema corporal, gestão de situações difíceis, controlo da expressão das emoções, promovendo a coragem e a confiança da criança em si e nos cuidadores. Este tipo de dor é benéfico pois contribui para a construção da personalidade e é uma forma da criança aprender e se relacionar com o mundo. No entanto quando a dor é invasiva ao ponto de impedir a criança de brincar, mexer-se ou mesmo pensar, ou é infligida pelos cuidados de saúde, decorrente de métodos invasivos de diagnóstico, tratamento ou monitorização, deixa de ter esse aspeto benéfico (Fournier-Charrière, 2007).

Dada a subjetividade da perceção de dor, a sua avaliação e tratamento são complexas. O grau de complexidade aumenta significativamente quando se trata de utentes pediátricos e, quanto mais pequenos mais difícil e variável se torna a monitorização. A dor nas crianças é influenciada pelo seu desenvolvimento, experiência individual e pelo contexto de dor, pelo que as crianças têm diferentes formas de responder à dor (DGS, 2010).

A perceção da dor é muito semelhante num adulto e numa criança, as diferenças existentes são devidas ao nível de desenvolvimento e maturação neurofisiológica e cognitiva (Hockenberry & Wilson, 2014). Contudo a sensibilidade dolorosa é única de pessoa para pessoa e até para o mesmo indivíduo em situações e contextos diferentes (Hockenberry & Wilson, 2014).

Apesar de se ter defendido durante muitos anos que o RN não possuía capacidade para sentir dor, facto atribuído à crença de que o seu sistema nervoso seria imaturo, sabe-se hoje que tal está errado. Várias pesquisas permitiram descobrir que as estruturas anatómicas implicadas no processo de perceção de dor se desenvolvem durante os dois primeiros trimestres de gravidez (Anand et al., 1987; Fournier-Charrière, 2007).

“A investigação na área da Neurobiologia demonstra que as vias nervosas ascendentes necessárias à experiência de dor estão presentes na vida fetal a partir das 20 semanas de gestação e totalmente desenvolvidas por volta das 28 semanas de gestação.” (DGS, 2010, p. 3). Entre a 24ª e 30ª semana de gestação já se pode falar em dor fetal por já existir o primeiro neurónio, que vai da periferia à espinal medula e o segundo neurónio até ao tálamo, e por se estabelecer neste período a ligação tálamo-cortical (Fournier-Charrière, 2007; Glover et al., 1999). As raízes medulares das vias aferentes diferenciam-se entre o 28º e 32º dia embrionário; as conexões medulares com os recetores periféricos fazem-se entre a 6ª e a 20ª semana de gestação e os recetores opióides desenvolvem-se antes do nascimento, o que permite uma ação analgésica endógena, mesmo nos prematuros (Batalha, 2010). O RN possui

os mecanismos e por consequência a capacidade de sentir dor, contudo, os circuitos inibidores do sinal doloroso são imaturos e desenvolvem-se ao longo do primeiro ano de vida.

Passámos assim de um período em que a dor no recém-nascido e criança até ao ano de idade, não era valorizada (por se acreditar que não existia), a um período em que há evidências científicas de que a dor nesta fase etária é bem real e mais devastadora do que noutras fases da vida. Isto deve-se ao facto de, nesta fase de desenvolvimento, a criança não poder comunicar verbalmente a sua dor, e não possuir mecanismos de modelagem dos afluxos e influxos nociceptivos devido à imaturidade dos seus circuitos inibidores (Fournier-Charrière, 2007).

O fenómeno dor desencadeia no organismo do lactente uma série de fenómenos comportamentais e fisiológicos (hormonais e metabólicos) que estão intimamente dependentes da fase evolutiva em que a criança se encontra, podendo aumentar ou atenuar a sensação de dor.

No lactente a dor não tratada irá ter consequências a médio e longo prazo, pois a criança já possui a capacidade de “memória da dor”, o que a torna capaz de reconhecer a dor, podendo provocar ansiedade e stress, mesmo não havendo dor efetiva, pelo que o seu tratamento é imperativo e prioritário (DGS, 2010). A sensibilidade dolorosa e a vivência de dor pelo lactente são influenciadas pelas experiências vividas no período neonatal. A frequência e intensidade da dor vão moldar o lactente para gerir a dor com mais ou menos stress.

Se na atualidade possuímos meios técnicos e científicos para gerir a dor, constata-se que há ainda uma discrepância entre o saber teórico e a prática clínica. Esta diferença entre teoria e prática é evidenciada num estudo sobre a dor em crianças hospitalizadas, realizado no “Hospital for Sick Children”, em Toronto (2008), (Taylor, Boyer & Campbell, 2008). Este estudo revelou que 77% das crianças entrevistadas sentiam dor no momento da sua admissão e que 64% sentiram dor moderada ou intensa nas 24 horas antecedentes à entrevista, referindo 23% que ainda sentiam dor no momento da entrevista. No que diz respeito aos registos de dor, 18% das crianças tinham três ou mais nas últimas 24h, 9% tinham registos menos frequentes e 73% não tinham qualquer registo de dor nas 24 horas antecedentes (Taylor, Boyer & Campbell, 2008).

O Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCdor), aprovado por Despacho da Ministra da Saúde de 8 de Maio de 2008, defende que para uma boa prática e qualidade dos cuidados, assim como para uma melhor qualidade de vida dos clientes, é necessário que hajam orientações técnicas, que estas sejam divulgadas aos profissionais de saúde e que os mesmos sejam incluídos na sua divulgação, promoção e criação, bem como, na criação e implementação de programas de gestão da dor (DGS, 2008), sendo norma de boa prática, a avaliação e registo regular da intensidade da dor em qualquer instituição de saúde (DGS, 2003).

“(...) 2. A avaliação da dor permite identificar e reconhecer a criança com dor, objectivar um fenómeno por natureza subjectivo, uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde facilitando a tomada de decisões homogéneas, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções e sua correcção em tempo útil.

3. A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é, actualmente, considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade, e passa pela necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças.

4. O controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada” (DGS, 2010, p. 4).

O Guia Orientador de Boa Prática, sobre a dor, emitido em 2008 pela Ordem dos Enfermeiros (OE), baliza um pouco mais as orientações acrescentando que a avaliação da dor deve ser feita de forma sistemática, desde o primeiro contacto e pelo menos uma vez por turno ou segundo protocolo de serviço (OE, 2008). O Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança (OE, 2013) reforça esta orientação afirmando que *“Em todas as circunstâncias, a avaliação da dor, para ser consistente, deve ser regular e sistemática, concordante com a necessidade de validar suspeita de dor ou eficácia da analgesia.”* (p. 34).

Um dos argumentos que levou a que durante muitos anos a dor do lactente fosse minimizada e marginalizada, era a crença de que o lactente iria esquecer os momentos de dor. Contudo, hoje sabe-se que o lactente possui memória, inclusive para a dor. Para explicar esse fenómeno é necessário saber que o cérebro se divide em dois tipos de memória: a memória consciente explícita, que se desenvolve por volta dos três/quatro anos de idade e a memória inconsciente implícita, já presente *in útero*. Visto que o lactente não possui capacidade muito desenvolvida para a linguagem falada, a memória inconsciente implícita exprime-se e é mensurável graças à modelagem do seu comportamento (Fournier-Charrière, 2007).

Nas idades mais avançadas da infância, com o desenvolvimento da comunicação verbal, e na adolescência é mais fácil à criança transmitir aos enfermeiros a avaliação quantitativa e qualitativa da sua dor, indo mesmo até à codificação da dor para lhe atribuir uma cotação numérica através da utilização de escalas da dor. No entanto o número e tipo de nociceptores periféricos do feto humano, entre as 20 e as 24 semanas de idade gestacional, é semelhante ao do adulto, e embora a mielinização das fibras A δ e C seja incompleta já existe condução (Fernandes, 2007) o que leva a inferir a capacidade do feto já sentir dor. Assim, e segundo a mesma autora, a evidência aponta que os recém-nascidos pré-termo

experimentam mais dor devido à imaturidade do seu sistema de controlo endógeno. Daí que nos últimos anos os investigadores tenham direcionado os seus estudos para estes períodos.

O tratamento da dor depende de uma avaliação apropriada, adequada e completa da mesma, no entanto é esperado do enfermeiro habilidade e conhecimento para ir mais além e ser capaz de antecipar o aparecimento de dor e, quando tal acontece, evitar ou tentar manter os níveis de dor nos patamares mais baixos possíveis.

1.3 Resposta do Lactente à Dor

As formas que o lactente tem de manifestar dor passam por sinais de ordem aparentemente emocional, tal como o grito, o choro, a agitação, variações bruscas dos parâmetros neurovegetativos e mudanças de comportamento. No lactente as variações são bruscas pois é a lei do “tudo ou nada”, isto é, enquanto o equilíbrio entre o mal-estar e o bem-estar tender para o lado do bem-estar, ele não manifesta qualquer sinal de dor ou desconforto. Contudo, assim que esse equilíbrio tenda para o lado do mal-estar ou dor, irão aparecer variados sinais indicativos de dor ou desconforto, mas não da sua intensidade. A particularidade nesta fase etária é que os sinais e sintomas que estão habitualmente associados à dor podem não ser exclusivos da dor, podendo estar relacionados com mal-estar, medo, ira, cólera ou protesto (Fournier-Charrière, 2007).

Enquanto criança na fase pré-verbal, o lactente não tem como exprimir nem quantificar, em números ou palavras a sua dor. Esta situação agrava-se no RN, pois a cada situação de dor que lhe possa ser provocada, existe ainda o desconforto decorrente de um incorreto posicionamento, ruído forte, luminosidade excessiva, entre outros fatores. A estes acrescentam-se o facto da relação extra-uterina entre mãe/pai e RN estar apenas a começar a estabelecer-se, o que faz com que nem os pais saibam reconhecer os sinais de dor, e temos reunidos todos os fatores que tornam a avaliação da dor no lactente tão difícil. *“A apreciação da dor na criança pré-verbal é difícil, especialmente no recém-nascido, uma vez que o autorrelato, o indicador mais fiável de dor, não é possível.”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 198). Desta forma, para se obter uma avaliação da dor o mais próximo possível do real, nesta faixa etária, recorre-se à avaliação das mudanças fisiológicas e à observação comportamental.

Num RN sujeito a dor aguda, a nível dos indicadores fisiológicos pode verificar-se aumento da frequência cardíaca (FC) e da tensão arterial (TA), respiração rápida e superficial, diminuição da saturação de oxigénio, pele pálida ou ruborizada, aumento da pressão intracraniana (PIC) (Batalha, 2010; Fournier-Charrière, 2007; Hockenberry & Wilson, 2014;

Hudson-Barr, et al., 2002), diaforese e sudação palmar, tônus muscular aumentado, pupilas dilatadas, aumento da PIC, hiperglicemia, valor do pH diminuído, valor de corticoesteróides aumentado (Fournier-Charrière, 2007; Hockenberry & Wilson, 2014).

A nível de indicadores comportamentais, deve observar-se e valorizar-se o choro, gemido, gritos ou lamentos, no que concerne a quantidade, periodicidade e duração; a expressão facial, procurando observar características do rosto, orientação dos olhos e da boca, como esgar, sobrancelhas franzidas, tremor do queixo, olhos fortemente fechados, língua tensa ou protusa (Batalha, 2010; Fournier-Charrière, 2007; Hockenberry & Wilson, 2014; Hudson-Barr, et al., 2002); movimentos corporais e postura em relação ao tipo, qualidade, quantidade de movimentos ou mesmo a sua inexistência, pesquisando retraimento dos membros, rigidez, flacidez, batimentos ou punhos cerrados, motricidade pobre; mudanças de estado, como mudanças nos ciclos de sono/vigília, despertar frequente, mudanças no comportamento alimentar, no nível de atividade, presença de inquietação, irritabilidade, apatia, agitação ao contacto (Batalha, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014), sucção contínua e exacerbada (Batalha, 2010).

A nível comportamental, são manifestações específicas da dor observáveis no fâcies do lactente: testa enrugada, sobrancelhas franzidas, pálpebras cerradas e acentuação dos sulcos naso-labiais, resultando globalmente num rosto fechado e contraído (Fournier-Charrière, 2007); Hockenberry e Wilson (2014) referem que quando tem dor, além de uma expressão facial característica, o RN exibe um choro mais intenso e continuado.

Segundo Marter e Pryor (2005), no RN a resposta à dor pode ser bioquímica por alteração hormonal por aumento de catecolaminas, aldosterona, cortisol, gluconato e insulina, traduzindo-se em momentos de stress.

O tempo que a criança está sujeita à condição potenciadora de dor, além da intensidade da dor, influenciam o comportamento e as manifestações de dor no lactente. Quando está sujeito à dor durante mais tempo, a dor inscreve-se no corpo do lactente, exibindo este uma atitude antiálgica e um comportamento de retração, atonia ou inércia psicomotora. As reações de defesa do lactente são visíveis em repouso (posição antiálgica e apoios anormais) ou em situações de movimento em que apresenta uma rigidez nos movimentos que é mais ou menos difusa e pode afetar zonas afastadas do foco de dor. Esta resposta à dor aumenta a espasticidade da criança provocando um estado de rigidez generalizado, sendo difícil dar-lhe colo, pois não se aconchega e projeta o seu corpo para trás por retração posterior. Nestas situações a criança apresenta os dedos dos pés e os pulsos crispados. Os sinais de hipotonia são mais raros, mas existem e são frequentemente acompanhados de alterações reacionais, o que se traduz por um “coma vígil” (Fournier-Charrière, 2007).

A inércia psicomotora é de instalação rápida no lactente e em crianças pequenas, ocorrendo após algumas horas ou dias de exposição à dor. Alcançando este estado o lactente deixa de

chorar, retrai-se sobre si próprio, parece renunciar a manifestar a sua dor ou desconforto e os movimentos tornam-se lentos e raros, mesmo quando distanciados do foco de dor (Fournier-Charrière, 2007).

Retém-se em suma, segundo os autores suprarreferidos, que a avaliação da dor é complexa pois exige competências do avaliador para detetar e descodificar a presença de dor através da observação de parâmetros fisiológicos e comportamentais, sendo a observação do fâcies da criança de importância capital, para a avaliação da dor no lactente.

Durante a hospitalização o lactente é submetido a algumas técnicas dolorosas nomeadamente colheita de sangue, punção lombar, cateterismo vesical, punção intravenosa e punção do calcanhar (Hockenberry & Wilson, 2014), apresentando o lactente durante a hospitalização e das sucessivas exposições a técnicas dolorosas, alterações do choro e da resposta hemodinâmica, como por exemplo da frequência cardíaca, podendo alguns apresentar bradicardia.

Outros indicadores de dor ou desconforto são a contorção física ou a agitação do lactente (Franck, Greenberg & Stevens, 2000, cit. por Hockenberry & Wilson, 2014). Quando um lactente experimenta dor seria de esperar uma reação vigorosa, como chorar alto por exemplo. No entanto, pode ocorrer que o lactente esteja a ser sujeito ao fenómeno dor sem exteriorizar de maneira enérgica a sensação de dor. A esta circunstância associa-se a especificidade de cada criança, o que pode originar uma variação nas respostas de expressão e de reação ao tratamento instaurado. Após sucessivas exposições à dor a resposta é por vezes inibida ou diminuída, o que poderia levar a crer que o lactente não sofre dor quando, na verdade, pode apresentar sinais de dor camuflados. Os enfermeiros devem, portanto, ser treinados a estar atentos ao que por vezes é difícil de desvendar por um olhar não habituado.

Até aos seis meses de idade o lactente apresenta, essencialmente, capacidade de memória para eventos de dor aguda e, em exposições à posteriori, podem ser desencadeadas expressões de dor aumentadas (Taddio [et al.], 2002; Taddio e Katz, 2005). Uma exposição repetida à dor neste período pode provocar alterações estruturais no cérebro do lactente e na resposta comportamental e hormonal (American Academy of Pediatrics (2000); Anand & Scalzo (2000), citados por Hockenberry & Wilson, 2014).

Após os seis meses a criança reage à dor tendo como bagagem a memória de vivências dolorosas anteriores e a reação emocional dos pais durante o procedimento. As possíveis reações do lactente, numa idade mais avançada, são de não cooperação, recusando-se a ficar quieto e deitado, usando as suas capacidades físicas para afastar e tentar evitar o procedimento que lhe causa dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

A especificidade da dor assim como o facto de ser multifacetada, fazem com que o enfermeiro se depare com um desafio difícil na tentativa de avaliar a dor no lactente. Atendendo ao exposto anteriormente, sabe-se que a resposta à dor pode ser

comportamental, fisiológica, bioquímica e/ou psicológica, sendo essas respostas influenciadas e moldadas pelo estágio de desenvolvimento em que se encontra o lactente, pelas experiências que viveu, pela cultura em que se insere, pela presença ou ausência dos pais, pelo contexto ambiental onde se encontra e pelo seu estado clínico. Adicionando a estes múltiplos fatores o facto de não existir um indicador específico da dor, a sua avaliação no lactente é inquestionavelmente complexa. Para gerir e minimizar esta dificuldade, o enfermeiro deve receber formação sobre avaliação da dor.

Atendendo à subjetividade da avaliação inerente a cada profissional, o recurso a escalas de avaliação da dor permite um maior rigor e objetividade na apreciação e, a experiência profissional, sustentada em conhecimento científico possibilita uma maior aferição da avaliação. O enfermeiro deve ser capaz de reconhecer os múltiplos indicadores de dor, a variabilidade das manifestações de cada criança, saber identificar antecipadamente as situações passíveis de causar dor, e desenvolver cuidados antecipatórios de modo a minimizar o seu impacto no sofrimento da criança. A gestão adequada da dor é condição fundamental para uma prestação de enfermagem de qualidade e uma promoção do bem-estar e saúde do lactente e família (Hockenberry & Wilson, 2014).

1.4 Avaliação Da Dor

A avaliação da dor é um ato chave na sua gestão. Permite detetar a sua presença, quantificá-la de forma numérica ou qualitativa e transcrever de forma objetiva e reproduzível um fenómeno que é subjetivo e próprio a cada indivíduo. A avaliação da dor visa também, promover cuidados personalizados e estimar a eficácia do tratamento instaurado, procurando solucionar precoce e atempadamente qualquer inadequação entre o tratamento e a dor que o lactente apresenta (DGS, 2010).

Quando cuida de uma criança e suspeita que ela tem dor ou prevê uma intervenção que possa provocar dor, o enfermeiro deve proceder ao diagnóstico e avaliação da intensidade da dor (Fournier-Charrière, 2007) para poder atuar de forma a minimizar a dor que o lactente está a sofrer ou pode vir a sofrer. Essa avaliação deve ser feita de forma intencional, sempre que possível em conjunto com os pais, e integrar as variações de comportamento da criança tendo por base o seu comportamento habitual. Os pais são considerados peritos neste tipo de observação/ avaliação, pois conhecem melhor que ninguém a criança, e detetam alterações no seu padrão de sono e de alimentação, interação, sorriso, entre outros. Neste âmbito, os profissionais de enfermagem devem integrar os pais no processo de avaliação/ monitorização da dor (Fournier-Charrière, 2007). O recurso ao apoio dos pais na avaliação da

dor possibilita também, ao enfermeiro, melhorar o conhecimento sobre o comportamento habitual do lactente. Isto permitir-lhe-á uma mais adequada aplicação da escala, e mesmo a seleção da escala, interrelacionando com os seus conhecimentos sobre o mecanismo de funcionamento da dor e suas manifestações (DGS, 2010).

O lactente encontra-se numa fase desenvolvimental em que não possui pensamento organizado, defesas cognitivas (não pode analisar as causas e consequências), nem a capacidade de reportar/comunicar a sua própria dor (self-report), dependendo, portanto, dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) para o seu despiste, e é expectável que estes consigam antecipar e avaliar a dor que a criança sente, através do reconhecimento de sinais comportamentais e fisiológicos. Para realizar tal exercício, com o maior grau de sucesso possível, o enfermeiro deve apelar à sua capacidade de observação e avaliação. Esta será maximizada pela sua experiência e sensibilidade. No entanto, ele pode ser influenciado pelas suas crenças, valores, estado de humor e bem-estar no momento, entre outros fatores psíquicos, culturais e físicos inerentes ao profissional.

Habitualmente, durante os períodos de internamento, o lactente está acompanhado pelos pais ou algum familiar próximo, mesmo em unidades de cuidados intensivos pediátricos e de neonatologia. Estes são habitualmente uma ajuda efetiva para a identificação da dor e suas causas e um apoio vital para o consolo do filho. Se o lactente é incapaz de identificar a dor, os pais fazem-no por ele, consolando, dando ânimo, distraindo o lactente aquando da exposição a uma causa de dor (colheita de sangue, aspiração de secreções, algaliação, entubação, etc.). As maiores dificuldades surgem quando os pais têm dificuldade em imaginar que o seu bebé possa estar a sentir dor de forma silenciosa, sem que eles se apercebam e possam, portanto, contribuir para aliviar essa dor. A perceção desta realidade, que existe sobretudo em situações de hospitalização em serviços de cuidados intensivos, é vivida pelos pais como um insucesso nos seus cuidados e proteção do seu bebé, e reaviva a sensação de culpabilidade, podendo torná-los agressivos.

O lactente, como referido anteriormente, reage a tudo que é mau, sobretudo quando exposto de forma prolongada, adotando um estágio de inércia psicomotora. Esta hostilidade aparente do bebé pode ser vivida pelos pais e enfermeiros com afetos negativos, que afetam as suas emoções e pode conduzir a uma dramatização da situação e gerar uma sensação de “mau cuidador” (Fournier-Charrière, 2007). Para contrariar esta tendência devem pôr de lado os laços de afeto e amor que os ligam ao bebé, para poderem perceber a dor do lactente, falar sobre ela e tentar atenuá-la.

O Guia Orientador de Boa Prática, sobre a dor OE (2008), recomenda aos enfermeiros que na colheita de dados sobre a história de dor considerem os seguintes parâmetros:

“a) Exame físico;

b) Descrição das características da dor: Localização / Qualidade / Intensidade / Duração / Frequência

- c) *Formas de comunicar a dor / expressões de dor;*
- d) *Factores de alívio e de agravamento;*
- (...)
- f) *Implicações da dor nas actividades de vida;*
- (...)
- h) *Impacto emocional, (...);*
- i) *Sintomas associados;*
- j) *Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas.” (p.17)*

Refere igualmente que os enfermeiros devem

“Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais;” (OE, 2008, p. 17).*

A avaliação da dor, como referido anteriormente, em qualquer idade, inclusive na infância, deve ser feita com recurso a instrumentos / escalas já validados, que ofereçam critérios de fiabilidade e de reprodutibilidade (Fournier-Charrière, 2007; Melo et al., 2014).

A escala ideal “deve requerer um mínimo de recursos financeiros e preparação por quem a utiliza, ser fácil de aplicar e interpretar, consumir pouco tempo, permitir a quantificação da dor, quer em intensidade quer em duração, e ser comparável a outras. Além disso, deve ser adequada à idade do recém-nascido, ao contexto clínico e ao tipo de dor.” (Batalha et al., 2005; Stevens et al., 2002 Cit. por Silva & Silva, 2010, p. 438).

Num estudo de revisão sistemática da literatura, Melo e colaboradores (2014) identificaram 29 escalas validadas para a avaliação da dor no RN prematuro e de termo, com dor aguda ou prolongada, das quais 13 eram unidimensionais, utilizam um único indicador de avaliação da dor, e 16 multidimensionais, utilizam indicadores de avaliação fisiológicos e comportamentais, permitindo uma avaliação mais abrangente.

Uma escala, para poder ser aplicada a uma dada população, deve ser validada para a mesma. Segundo as *guidelines* publicadas na “*Évaluation et Prise en Charge de la Douleur*” (RNAO, 2013), às crianças dos zero ao um ano de idade, entubadas ou não, e sem curarização, são aplicáveis as escalas Neonatal Infant Pain Scale (NIPS); Premature Infant Pain Profile (PIPP); *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC) e *FLACC révisé* (r-FLACC). A DGS (2010) também recomenda a utilização da NIPS e da PIPP, refere que a *Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN) e a *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale* (N-PASS) são úteis em recém-nascidos em ventilação assistida, e aconselha o uso da FLACC em detrimento da *FLACC révisé* em menores de quatro anos ou crianças sem capacidade para verbalizar.

A Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) (Anexo I) é uma escala que permite a avaliação da dor aguda em recém-nascidos após as 24 semanas de gestação, sendo, no entanto, mais adequada para prematuros a partir das 33,5 semanas de gestação (Hockenberry & Wilson, 2014) e recém-nascidos de termo (DGS, 2010; OE, 2008), com exceção dos que apresentam entubação traqueal (DGS, 2010; OE, 2008; RNAO, 2013). É uma escala multidimensional que contempla a observação de elementos comportamentais e fisiológicos (Cruz & Stumm, 2015). Pode ser utilizada desde a nascença até ao ano de vida, sendo uma ferramenta de despiste para a presença ou ausência de dor (RNAO, 2013). Baseia-se na avaliação de cinco fatores comportamentais - expressão facial, choro, movimentos dos braços e das pernas e estado de vigília - e de um fisiológico - padrão respiratório. O score total varia entre 0 e 7 (DGS, 2010; Hudson-Barr, et al., 2002; OE, 2008; Schardosim, Motta, & Cunha, 2015) e considera-se a presença de dor acima de 3 (Bueno [et al.], 2008). Como condições para a sua aplicação, importa saber que são fornecidas definições operacionais dos seus indicadores. A todos os itens, com exceção do choro, é atribuído um valor a cada indicador numa escala de dois pontos (0, 1). O choro tem três itens de resposta (0, 1, 2). É uma escala fiável e válida, contudo apresenta uma aplicabilidade de utilização limitada, uma vez que é de difícil memorização (RNAO, 2013). Referida por alguns autores como tendo principal aplicação no RN no pós-operatório (Sale & Wolf, 2005) e ainda para avaliar a dor aguda/associada a procedimentos (Beacham, 2004; RNAO, 2013). Segundo Cruz e Stumm (2015) a NIPS é a escala mais utilizada em RN em contexto de cuidados intensivos e das mais estudadas em RN em estado crítico (Melo et al., 2014), que acrescenta o facto das escalas multidimensionais serem mais indicadas para o RN, apesar de não haver supremacia nem marcadores biométricos da dor entre as escalas existentes.

A Premature Infant Pain Profile (PIPP) é uma escala multidimensional, inicialmente desenvolvida para avaliar a dor ligada a procedimentos dolorosos, necessita de uma avaliação suplementar em RN prematuros com muito baixo peso e em bebés que experimentam dor não aguda e pós-operatória. Composta por indicadores comportamentais, fisiológicos e contextuais: idade gestacional; estado comportamental (indicadores contextuais); frequência cardíaca e saturação de oxigénio (indicadores fisiológicos); protuberância da testa, aperto de olhos e sulco nasolabial (indicadores comportamentais) (Bueno, Costa, Oliveira, Cardoso, & Kimura, 2013; RNAO, 2013). É aplicável e válida para RN de termo e prematuros (Bueno, Costa, Oliveira, Cardoso, & Kimura, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). Cada indicador é avaliado numa escala de quatro pontos (0, 1, 2, 3) para um score total possível de 18 a 21, de acordo com a idade gestacional do RN. Um score global igual ou inferior a seis indica geralmente dor mínima ou ausente, enquanto scores superiores a 12 indicam dor moderada a intensa. É uma escala rigorosa, que possui bons indicadores de fiabilidade, validade e capacidade de detetar as mudanças, a avaliação da dor através da sua aplicação demora cerca de um minuto. Vários autores referem que é necessário realizar mais estudos no sentido de determinar a sua aplicabilidade e utilidade

na clínica (Duhn & Medves, 2004; Lawrence et al., 1993; Stevens et al., 1996; Stevens et al., 2010; RNAO, 2013).

A Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN) é uma escala de avaliação comportamental, de referência em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, que permite avaliar todos os tipos de dor (dor aguda e prolongada), é de aplicação simples e rápida. Pode ser utilizada em prematuros ou em recém-nascidos de termo até aos três meses de vida (Debillon et al., 1994; Debillon et al., 2001; Pédiadol, 2015a), e de acordo com alguns autores, pode mesmo ser usada a partir da 25ª semana de gestação e até ao ano de idade (OE, 2008). Avalia a dor através da observação de cinco indicadores comportamentais: expressão do rosto, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade da interação/contacto com os enfermeiros (sociabilidade) e a facilidade da criança em ser reconfortada (consolabilidade). Cada indicador é medido numa escala de zero a três pontos, variando o score global entre zero e 15 pontos. Correspondendo uma pontuação zero a ausência de dor, um a quatro a dor ligeira, cinco a oito a dor moderada, nove a 12 a dor intensa e 13 ou mais a dor muito intensa.

Como condições para a utilização desta escala apontam-se a necessidade de haver formação e de treino na observação de RN e RN prematuros e um contacto mínimo de quatro horas para que o score obtido possa realmente refletir o estado da criança (Debillon et al., 1994; Debillon et al., 2001; Pédiadol, 2015a).

A Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS) é uma ferramenta útil para avaliar a presença de dor, grau de sedação e agitação em RN saudáveis, em ventilação mecânica, após procedimentos dolorosos e no pós-operatório (DGS, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014; Hummel et al, 2008; Oliveira, 2011). Foi criada em 2000, mas apenas validada para a dor aguda e dor aguda a prolongada em 2008 (Oliveira, 2011). Pode ser usada em RN desde as 23 semanas de gestação até lactentes com 100 dias de idade (Hockenberry & Wilson, 2014). Quando aplicada a RN pré-termo, devido à sua capacidade limitada para exibir e manter manifestações comportamentais e fisiológicas de dor, adicionam-se pontos à pontuação obtida, na tentativa de aproximar a avaliação à resposta de um RN de termo. No score da sedação não são feitos ajustes, pois não há evidência que os sinais sejam afetados pela prematuridade. Três pontos se a IG for inferior a 28 semanas, dois pontos se a IG se encontrar entre as 28 e as 31 semanas, e um ponto no caso de a IG se encontrar entre as 32 e as 35 semanas (Hummel et al., 2008).

A N-PASS tem como base a observação de cinco indicadores, choro/irritabilidade, estado comportamental, expressão facial, tônus dos membros, e sinais vitais (FC, FR, TA e saturação de oxigénio) (Melo et al., 2014; Oliveira, 2011). Cada critério é pontuado de 0, 1 ou 2 para dor/agitação, e 0, -1 e -2 para o grau de sedação. Um score alto para a dor/agitação indica que está presente e é intensa, e um score baixo para a sedação representa que há uma diminuição da resposta aos estímulos ou um grau de sedação mais

profundo (Oliveira, 2011). Assim, uma pontuação de -5 a -2 é representativa de uma sedação leve, uma pontuação entre -10 a -5 representa uma sedação profunda, e uma pontuação superior a 3 é considerada como havendo presença de dor, com necessidade de intervenção (Oliveira, 2016).

A FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) (Anexo II) é uma escala de origem americana (Michigan), baseada apenas em aspetos comportamentais (Pédiadol, 2012). Pode ser aplicada desde o nascimento até aos 18 (Pédiadol, 2012) ou até aos 19 anos no caso de crianças com deficiência de linguagem (OE, 2008; Pédiadol, 2012). Segundo a DGS (2010), esta escala aplica-se a menores de quatro anos ou crianças sem capacidade para verbalizar ou multideficiência.

Pode ser usada para avaliar a dor aguda (OE, 2008; Pédiadol, 2012) ou a dor pós-operatória, tendo também uma versão adaptada para a pessoa com deficiência (Pédiadol, 2012). Baseia-se na observação de cinco indicadores comportamentais: rosto (expressão facial), pernas (movimento das pernas), atividade, choro, consolabilidade. Cada item pode ser cotado de 0, 1 ou 2, variando o score total entre zero e dez. Quanto maior o score, maior a intensidade da dor. Uma criança avaliada com um score zero é considerada relaxada ou confortável, de um a três como apresentando um leve desconforto, quatro a seis dor moderada e de sete a dez dor e/ou desconforto severos (Dantas, Dantas, Santana-Filho, Azevedo-Santos, & Santana, 2016).

As vantagens desta escala são o facto de ser simples, de uso prático e de rápida utilização (Batalha, 2010; OE, 2008; Pédiadol, 2012), ser aplicável em todas as idades até à idade de autoavaliação da dor, e por poder ser utilizada em vários tipos de dor aguda, mesmo a dor associada aos cuidados. Os inconvenientes associados a esta escala estão ligados ao facto de a imobilidade e a inércia psicomotora não serem incluídas na escala, pelo que as crianças atónicas, inexpressivas, prostradas e que não chorem não poderão ser avaliadas como padecendo de dor (só a palavra “imóvel” é que aparece no item atividade). Daí o seu emprego ser reservado a dor aguda com choro e agitação (Pédiadol, 2012). As especificidades ligadas a esta escala relacionam-se com o facto de ter sido inicialmente desenvolvida e validada para medir a dor pós-operatória. Em caso da dor aguda, a descrição dos itens permite observar um aumento da pontuação com a intensidade da dor (choro, mímica, agitação, inconsolabilidade).

A Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised (FLACC- R) é uma adaptação da FLACC. Mantém os mesmos indicadores da FLACC tendo sido adicionados descritores que incorporam comportamentos específicos de dor de crianças com multideficiência e *deficit* cognitivo. A cada indicador foi, também, adicionado um descritor aberto para a inclusão de comportamentos de dor específicos da criança mencionados pelos pais (Batalha & Mendes, 2013). Uma criança avaliada com um score um é considerada como apresentando dor ligeira, quatro a seis dor moderada e de sete a dez dor grave (Batalha & Mendes, 2013).

Outros autores referem outros instrumentos aplicáveis à população em estudo nesta investigação. Melo e colaboradores (2014) referem três escalas: a Neonatal Facial Coding System (NFCS), Douleur Aigue du Nouveau-né (DAN), Crying, Requires O2 for oxygen saturation above 95%, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness (CRIES) e Distress Scale for Ventilated Newborn Infants (DVSNI), como sendo as mais estudadas para o RN crítico.

A Neonatal Facial Coding System (NFCS) é uma escala baseada apenas em aspetos comportamentais, muito utilizada nas unidades de cuidados intensivos neonatais, pode ser aplicada a RN pré-termo e de termo, podendo ser usada até aos 18 meses. Avalia a dor aguda provocada por procedimentos tais como: punção do calcanhar e venosa, entubação, aspiração gástrica, aspiração de secreções no TET e inserção de cateter venoso. Baseia-se na observação das diferentes expressões faciais da criança para avaliar a dor. Inclui dez itens, nomeadamente, testa franzida, olhos cerrados, aprofundamento do sulco nasolabial, lábios entreabertos, estiramento vertical da boca, estiramento horizontal da boca, língua tensa, tremor do queixo, lábios franzidos e protusão da língua (item não indicativo em RN de termo) (Silva & Silva, 2010). A cada uma destas expressões é atribuído um ponto, considerando-se a presença de dor quando o score é superior a três (Guinsburg [et al.], 1997). Para a sua aplicação é necessária uma aprendizagem cuidada para um uso criterioso, pelo que apresenta algumas dificuldades na prática diária (OE, 2008).

A Neonatal Facial Coding System modificada é uma versão reduzida da NFCS, compõe-se apenas de quatro parâmetros quantificados com zero ou um, sendo o score máximo de quatro pontos. As expressões faciais da criança, consideradas nesta versão, para avaliar a dor são testa franzida, olhos cerrados, aprofundamento do sulco nasolabial, estiramento horizontal da boca (Silva & Silva, 2010).

A Douleur Aiguë du Nouveau-Né (DAN) é uma escala comportamental de heteroavaliação da intensidade da dor aguda e breve nos recém-nascidos prematuros e de termo até aos três meses de vida, incluindo a criança entubada. De utilização simples, permite avaliações momentâneas, repetidas e próximas, assim como, torna possível avaliar a eficácia das medidas preventivas da dor (sacarose, anestésico tópico), aquando do ato doloroso. A sua correta utilização implica uma observação treinada do profissional de saúde sobre o recém-nascido a termo e prematuro. Os indicadores avaliados são as expressões faciais, os movimentos dos membros e a expressão vocal, antes, durante e após o procedimento doloroso. Os indicadores são pontuados de zero a três, com exceção da expressão facial que varia entre zero e quatro (Batalha, 2010). A pontuação total situa-se entre zero e dez, sendo que a avaliação da eficácia das medidas preventivas será feita através da comparação da pontuação total antes, durante e após o procedimento. Uma pontuação entre dois e quatro indica uma dor fraca, um score entre cinco e sete, dor moderada, e um score entre oito e dez, dor intensa (Carbajal [et al.], 1997).

Outra escala usada para a avaliação da dor em RN pré-termo e de termo é a Crying Requires increased oxygen administration, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness (CRIES). É uma escala multidimensional que incorpora parâmetros fisiológicos e comportamentais. Principalmente desenvolvida e validada para avaliação da dor pós-operatória (Ahn & Jun, 2007; Sale & Wolf, 2005; Silva et al., 2007; Hockenberry & Wilson, 2014) em prematuros após as 32 semanas de gestação até às 20 semanas pós-termo (60 semanas) (Hockenberry & Wilson, 2014). Tem por base a avaliação de cinco indicadores (que são a base do seu acrónimo): o choro, a necessidade de oxigénio para uma saturação periférica superior a 95%, o aumento da frequência cardíaca e da tensão arterial, a expressão facial e o padrão de sono (Ahn, 2006; Melo et al., 2014; Silva et al., 2007). Cada parâmetro está cotado de zero a dois, o que faz com que a pontuação máxima seja de 10 pontos. Para um score igual ou superior a cinco está preconizada a administração de medicação para alívio da dor. Tem como condições de aplicação a avaliação da dor a cada duas horas durante as primeiras 24 horas após o procedimento doloroso, passando posteriormente a cada quatro horas, pelo menos nas 48 horas seguintes (Silva et al., 2007). “Embora a CRIES seja de aplicação fácil e prática, existem reservas quanto à avaliação do choro em RNs entubados, a análise da mímica facial é considerada bastante grosseira e o uso de oxigénio pode afectar outros factores” (Silva & Silva, 2010, p. 445).

A Distress Scale for Ventilated Newborn Infants (DSVNI) é uma escala multidimensional que permite a avaliação do desconforto (dor aguda aquando dos procedimentos dolorosos de rotina) em recém-nascidos sob ventilação mecânica (Nascimento, 2010; Silva & Silva, 2010). É uma escala que tem por base indicadores comportamentais de outras cinco escalas (NFCS, The Infant Body Coding System (IBCS), Neonatal Behavioural Assessment Scale, Assessment of Preterm Infant’s Behaviour e Gustave Roussy Child Pain Scale): mímica facial, movimento corporal e cor da pele, e parâmetros fisiológicos: frequência cardíaca, tensão arterial, saturação de oxigénio e temperatura corporal. Deve ser aplicada com a criança em repouso, no momento do procedimento doloroso, três minutos após o procedimento, e uma hora depois. Como desvantagens para a sua utilização destaca-se o facto de ainda não ter sido validada e de não estar a ser usada na prática (Batalha, 2010; Melo et al., 2014; Nascimento, 2010).

As escalas mais utilizadas para avaliação da dor no RN são, segundo Melo et al. (2014), a NFCS, NIPS e PIPP.

De seguida apresentaremos duas escalas pouco referenciadas na literatura, mas que são utilizadas no hospital de Genebra, a escala de Lausanne (Anexo III) e a Escala de Confort Behavior (Anexo IV). A escala de Lausanne é uma escala multidimensional de heteroavaliação do desconforto e da intensidade da dor, aguda ou crónica, nos prematuros e recém-nascidos de termo até ao primeiro mês de vida. É uma escala comportamental e clínica baseada na observação da criança, pelo profissional de saúde, que avalia a dor

através da observação do sono, da capacidade da criança para ser reconfortada, da sucção, da cor da pele, da expressão do rosto, da expressão corporal, da frequência cardíaca e da respiração (HUG, 2016a).

Tal como para outras escalas, os profissionais devem ter formação e treino na observação do recém-nascido e do prematuro. Deve ser usada tantas vezes quantas forem necessárias nas 24 horas, sendo que, a presença de uma pontuação elevada, requer uma avaliação da dor ou do desconforto antes e após os cuidados (30 minutos a uma hora após). A escala conta com algumas ressalvas na aplicação em crianças de cor, devendo o indicador “cor da pele” ser avaliado pela cor das mucosas; para as crianças entubadas, o indicador “respiração” não é avaliado; para as crianças em tratamento com aminas, o indicador “frequência cardíaca” não é avaliado (HUG, 2016a).

O score total situa-se entre zero e 24. Quando um indicador (respiração, frequência cardíaca) não é avaliado, procede-se à cotação do total dos itens restantes, de forma a adaptar o score total, que será devidamente registado no processo da criança. Um score igual ou superior a 1/3 do score total, requer intervenção para alívio da dor/ desconforto (HUG, 2016a).

A escala Comfort Behaviour é uma escala unidimensional elaborada e validada para avaliar o desconforto, a dor e o nível de sedação no recém-nascido hospitalizado numa unidade de cuidados intensivos pediátricos. É aplicável desde do nascimento até à adolescência. Consiste numa grelha composta por seis indicadores unicamente comportamentais (nível de consciência, calma/agitação, movimentos respiratórios, movimento físicos, tônus muscular e tensão do rosto). Cada um está cotado de um a cinco. O seu score total vai de seis a 30. Um score superior a 23 é indicativo de dor (Hôpitaux Universitaires Paris Ile-De-France Ouest, 2013 ; Société Française d’Étude et de Traitement de la Douleur, s.d.; HUG, 2016b). É derivada da escala COMFORT (Hôpitaux Universitaires Paris Ile-De-France Ouest, 2013; Pédiadol, 2015; Société Française d’Étude et de Traitement de la Douleur, s.d.) que comporta além dos indicadores comportamentais, dois indicadores fisiológicos, a tensão arterial e a frequência cardíaca (Société Française d’Étude et de Traitement de la Douleur, s.d.), mas que são de difícil preenchimento, uma vez que é necessário conhecer a tensão arterial média habitual da criança, determinar os valores “de base” e registar várias vezes os valores no decorrer de dois minutos de observação a fim de detetar as suas variações (Pédiadol, 2015).

Para uma pontuação de seis a dez há um excesso de sedação; uma pontuação de 11 a 17 indica que a criança está confortável, sedada sem excesso; para uma pontuação entre 17 a 22 estamos perante uma criança num estado limiar de dor possível; e uma pontuação de 23 a 30 indica que a criança está nitidamente desconfortável e com dor. Em caso de dor pós-operatória o score recomendado para aumentar a analgesia é, para os prematuros, de 13 (Pédiadol, 2015; Société Française d’Étude et de Traitement de la Douleur, s.d.).

Como limites à sua aplicação, aponta-se o facto de não estar adaptada às crianças hospitalizadas em cuidados intensivos pediátricos e neonatologia não ventiladas e/ou não sedadas (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur, s.d.), e a sua inaplicabilidade em crianças curarizadas ou paralisadas, já que nestas crianças, nenhuma escala permite avaliar a sua dor. Assim, para estas crianças recomenda-se a realização regular de uma janela terapêutica, a utilização dos parâmetros TA e FC (escala Comfort completa), o recurso à dilatação pupilar como indicativo de dor, e o uso de outros métodos de avaliar a sedação como o índice bispectral (Pédiadol, 2015).

Existem outras escalas de aspeto multidimensional que também contemplam o aspeto quantitativo e qualitativo da dor, não se limitando a determinar se há presença ou ausência de dor. Apenas vamos citar o nome das escalas sem desenvolver o seu conteúdo pois não são aplicáveis à população englobada neste estudo (ausência de autorrelato nesta fase) e fazer a ressalva de que a expressão facial tem um papel preponderante em todas as escalas referenciadas até agora. São escalas de aspeto multidimensional : Faces Pain Scale- Revised (FPS-R) ; Échelle numérique de classement (ENC) ; Échelle verbale de classement (EVC) ; Brief Pain Inventory, Short Form (BPI-SF) ; Pediatric Pain Questionnaire (PPQ) (RNAO, 2013).

1.6 Gestão da dor

A dor já não é vista como uma fatalidade, a visão da medicina e da própria sociedade evoluíram no que respeita a este fenómeno. Assim sendo, além do carácter humanizante e ético, a prevenção e tratamento da dor do lactente tornou-se uma obrigação dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. No passado, o sub-tratamento da dor era aceite como “norma” devido aos medos dos efeitos secundários dos anestésicos e analgésicos; aos medos de camuflar um diagnóstico; à má avaliação da dor e à falta de formação sobre a temática. Atualmente, o tratamento da dor faz parte do tratamento global de um doente, assim como faz parte integrante de cuidados humanos e de qualidade (Carbajal, 2007).

A dor não tem qualquer vantagem para o lactente devendo por esse motivo ser tratada. Se em tempos se acreditava que o tratamento da dor dificultava o diagnóstico, sabe-se hoje e é demonstrado por vários estudos, que mesmo que não tenha, ainda, sido feito o diagnóstico, o tratamento da dor pode, em muitos casos, facilitá-lo e contribuir para confirmar diagnósticos incompletos (Carbajal, 2007). Por exemplo, em situações de dor abdominal, o tratamento com morfina permite acalmar a sintomatologia e afinar o diagnóstico sobre a patologia abdominal, podendo assim otimizar o tratamento.

Se a dor pode estar presente devido a patologia ou trauma, sabe-se que nas instituições de saúde e sobretudo nas UCIN e UCIP, a dor está presente e é causada por meios de diagnóstico e tratamento médico. Ora, a dor provocada por intervenções e técnicas não tem qualquer propósito nem vantagem para o lactente. Daí que a dor ligada aos atos médicos e de enfermagem seja desprovida de interesse, pelo que deve ser antecipada e evitada.

Há diversos motivos que validam e apoiam o tratamento da dor, o carácter humano de evitar sofrimento inútil e a diminuição da taxa de morbilidade, são os dois principais argumentos para o tratamento da dor no lactente (Carbajal, 2007).

As intervenções dolorosas são frequentes no lactente. Mesmo o lactente saudável é exposto no mínimo a uma intervenção dolorosa nos primeiros dias de vida, quanto mais não seja para a colheita de sangue com o objetivo de despiste de patologias. Quando a criança, por qualquer motivo, se encontra internada numa unidade hospitalar, o número de gestos diários a que se encontra exposta é impressionante. Segundo Carbajal (2007), um estudo multicêntrico realizado em França, em 2005-2006, com 430 recém-nascidos internados em UCIN, demonstrou que as intervenções dolorosas são extremamente frequentes nestas unidades e nesta população. Concluiu que em média eram realizadas 17 intervenções dolorosas por dia e por criança, subindo esse número para 70 quando se englobavam as intervenções geradoras de *stress* e potencialmente dolorosas. O autor salienta ainda, que as intervenções dolorosas mais frequentes eram: a aspiração traqueal, a punção do calcanhar, a remoção de adesivos, a punção venosa ou a colocação de cateter venoso periférico ou de sonda nasogástrica (Carbajal, 2007).

Uma correta avaliação da dor é o primeiro passo para a sua gestão. A avaliação e reavaliação sistemáticas possibilitam o sucesso do seu controlo. A gestão adequada da dor depende e está diretamente ligada à necessidade de implementar em cada serviço, instituição ou organização, que lida com a dor das crianças, programas de avaliação e desenvolvimento contínuo dos instrumentos e treino dos enfermeiros para a avaliação da dor nas crianças. A avaliação e tratamento da dor é hoje em dia um indicador de qualidade dos cuidados, sendo reconhecido a nível internacional (DGS, 2010).

Nas orientações gerais, nas alíneas “d” à “i” do Guia de Orientações Técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças pode ler-se:

“Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade; e) Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) / pais / cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor; f) Realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta; g) Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, excepto se a situação clínica justificar a mudança; h) Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento; i) Em

situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.” (DGS, 2010).

Nesta citação encontram-se descritas muitas das especificidades e particularidades ligadas à avaliação e tratamento da dor na comunidade pediátrica, mais precisamente, e no nosso estudo, no lactente. Todos os documentos consultados na literatura apontam para o autorrelato como fonte de excelência para a avaliação da dor. No lactente, como sabido e referido anteriormente, a capacidade de comunicação verbal ainda não está desenvolvida pelo que são necessários outros métodos para avaliar a dor. Uma das formas de colmatar essa dificuldade é recorrer à família e efetuar uma anamnese profunda e completa para conhecer o mais possível a história clínica do lactente, inclusive a história de dor. Este conhecimento é fulcral, e facilita e aumenta a capacidade do enfermeiro detetar/avaliar a dor no lactente. Os pais são uma fonte imprescindível de informação, pois conhecem, por norma, o seu filho melhor que ninguém e estão mais aptos para detetar mudanças de comportamento, distinguir o normal e habitual do novo e anormal. O enfermeiro que, muitas vezes, conhece o lactente há horas ou dias tem todo o interesse em se apoiar no olhar atento dos pais que estão, habitualmente, presentes durante todo o internamento do filho.

Em situações de dor na criança é sempre de considerar o uso de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, para o seu controlo, devendo o enfermeiro centrar os seus cuidados nas necessidades individuais da criança e família.

1.6.1 Intervenções farmacológicas

Ao longo das últimas 20 décadas desenvolveu-se substancialmente o controlo da dor. O aumento do número de procedimentos terapêuticos e de diagnóstico levam a que a comunidade pediátrica esteja, em meio hospitalar, cada vez mais exposta à dor e ansiedade ou a um potencial significativo que tal facto venha a ocorrer (Meyer [et al.], 2007).

Se os conceitos de farmacologia e janela terapêutica têm a sua importância em adultos, em pediatria ganham ainda maior relevância, pois os riscos e margem de manobra são ainda mais estreitos. A biodisponibilidade e metabolização dos medicamentos é diferente da dos adultos, o que requer que o médico (ao prescrever) e o enfermeiro (ao administrar) tenham conhecimento dos parâmetros farmacológicos e clínicos adaptados a cada caso (Kazanowski & Lacceti, 2005).

É da responsabilidade médica decidir, perante o diagnóstico e a situação clínica, qual o tratamento a instituir, ou seja, o tipo de fármaco, a dose e frequência, a via e forma de

administração, assim como a duração do tratamento. Ao enfermeiro compete a preparação e administração da analgesia prescrita, a avaliação da sua eficácia e comunicação ao médico, a vigilância e o controlo de efeitos secundários, a decisão acerca de quando administrar analgesia prescrita em SOS, e a educação às crianças e aos pais (Batalha, 2010). É de salientar a importância das atitudes dos pais perante a dor na criança, uma vez que estes têm uma forte influência não só na avaliação da dor da criança, como do seu tratamento.

O tratamento farmacológico a instituir, para tratamento da dor é determinado de acordo com as necessidades individuais de cada criança, peso e idade gestacional, para além da intensidade do estímulo doloroso (Batalha 2010). Em RN, lactentes e crianças pequenas é imperioso o ajuste frequente da dosagem terapêutica ao peso, devido à fase de crescimento e desenvolvimento rápido. *“A farmacocinética e farmacodinâmica dos analgésicos variam em função do desenvolvimento da criança. As doses analgésicas nas crianças são influenciadas pela diferença no metabolismo, filtração e distribuição das drogas.”* (Batalha, 2010, p. 49). Assim, nos recém-nascidos e lactentes, devido à imaturidade dos seus sistemas enzimáticos hepáticos, grande parte dos analgésicos tem uma semivida de eliminação prolongada, por aumento repentino do fluxo sanguíneo renal, filtração glomerular e secreção tubular. Posteriormente, por volta dos três a doze meses de vida, estes valores assemelham-se aos do adulto. Entre os dois e os seis anos de vida, por haver uma maior massa hepática comparativamente com o peso corporal, a eliminação é maior, o que exige menores intervalos de tempo entre as doses de medicação (Batalha, 2010).

Também nos recém-nascidos, podem verificar-se diferenças no que concerne à composição corporal que é maioritariamente constituída por água e por tecidos grandemente perfundidos, como o cérebro, o coração e as vísceras, e minoritariamente constituído por gordura. Comparativamente com o adulto, o RN necessita de doses maiores de fármacos hidrossolúveis, e menores de lipossolúveis. O recém-nascido tem também uma reduzida concentração sérica de albumina e α -1 glicoproteína ácida, diminuindo, conseqüentemente, a ligação dos fármacos às proteínas, o que pode potenciar o efeito dos fármacos ou o seu risco de toxicidade, devido à maior quantidade de fármaco livre no sangue (Batalha, 2010). De igual forma, *“As mudanças relacionadas com a idade, decorrentes da ligação proteica das drogas e ao conteúdo lipídico cerebral, também podem alterar a distribuição da droga no fluído sanguíneo cérebro-espinhal, independentemente das mudanças na barreira hemato-encefálica (mais imatura e permeável no RN).”* (Batalha, 2010, p. 50).

De acordo com a intensidade da dor manifestada pela criança, institui-se ou não o tratamento farmacológico. Assim, para uma dor ligeira está recomendado o uso de analgésicos do grau I (fármacos não opióides - Ácido acetilsalicílico, Paracetamol, Anti-inflamatórios não esteroides); para uma dor moderada, podem usar-se analgésicos do grau I ou II (opióides fracos - Codeína, Nalbufina, Tramadol, Buprenorfina, Dextropropoxifeno,

Oxicodona); para uma dor intensa, sugerem-se os analgésicos do degrau II ou III; e para uma dor muito intensa, estão recomendados os analgésicos de degrau III (Opióides fortes - Morfina, Fentanil, Meperidina, Hidromorfona), (Batalha, 2010; DGS, 2001).

Frequentemente, a analgesia com opióides a longo prazo nas crianças, é usada em situações de dor oncológica ou dor relacionada com outras enfermidades graves como a SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Humana) ou doenças neurodegenerativas. Médicos há que além destas, defendem que o tratamento da dor com estes analgésicos deve aplicar-se também a patologias crónicas debilitantes, como a anemia de células falciformes, a dor neuropática e a enxaqueca grave, embora os estudos acerca do risco-benefício desta analgesia nestas situações sejam ainda poucos (Fine & Portenoy, 2005).

“Tal como nos adultos que têm síndromas de dor difíceis, as crianças com dor crónica parecem responder melhor a uma abordagem de tratamento multifacetado, envolvendo tantos métodos farmacológicos, como não-farmacológicos, para o controlo da dor e uma equipa multi-disciplinar” (Fine & Portenoy, 2005, p. 107). Estas crianças devem, assim, ser referenciadas para um programa pediátrico de dor, onde possam receber estratégias de alívio da dor adequadas ao seu estadio de desenvolvimento e que vá ao encontro das preocupações da família.

Como pressupostos para um tratamento com opióides estão fatores como a gravidade da dor, a angústia associada, outros fatores produzidos na avaliação da dor, a ponderação e relação risco-benefício entre o uso de opióides ou outros fármacos alternativos (Fine & Portenoy, 2005).

Fine e Portenoy (2005) referem a escassez de estudos acerca da farmacocinética e farmacodinâmica dos opióides nas crianças, afirmando que as doses aconselhadas se baseiam essencialmente nas da prática com adultos, sendo que para as crianças mais pequenas ou para as principiantes em analgesia opióide, a apresentação e a via de administração da medicação são influenciadas pelo peso e pela idade. No tratamento opióide a longo prazo, para a maioria das crianças, usa-se a via oral ou transdérmica, por serem as de mais fácil aplicação (Fine & Portenoy, 2005) e, no nosso entender, por serem as menos invasivas, logo, que provocam menos dor.

O tipo, localização e intensidade da dor vão ditar a escolha da via de administração do fármaco atendendo à velocidade e intensidade com que se pretende agir, salientando que deve ser contrabalançada a relação administração/risco farmacêutico com os benefícios e efeitos terapêuticos da analgesia por opióides.

Apesar de na literatura não existir uma relação consensual entre as várias escalas de avaliação da dor em pediatria e as categorias da dor utilizadas, é consensual que a intervenção farmacológica tenha início *“(...) quando a intensidade da dor é (...) de 5/15 para*

a EDIN. Uma dor de intensidade menor que 3/10 é considerado um bom indicador de qualidade de cuidados.” (Batalha, 2010, p. 51).

Além da intensidade da dor e do contexto clínico, a medicação analgésica deve ser selecionada com base na sua eficácia e segurança, e na experiência pessoal do médico com a terapêutica em questão. O que direciona a escolha do analgésico é a fisiopatologia do processo nociceptivo, pois a sua eficácia varia de acordo com o tipo fisiopatológico da dor. A analgesia opióide é bastante eficaz na dor visceral, mas tem pouca eficácia na dor neuropática.

Os fármacos opióides intervêm nos mecanismos de modulação e de percepção da dor, permitindo uma analgesia a nível:

- Supra espinal, ativando as vias inibitórias descendentes e inibindo a atividade neuronal;
- Espinal, por inibição pré e pós sinápticos da transmissão das fibras, predominantemente aferentes na medula espinal;
- Periférico, por ligação aos recetores opióides em tecidos inflamados.

Este tipo de fármacos é mais utilizado nos procedimentos invasivos dolorosos (punção lombar, biópsia de medula óssea) (Meyer [et al.], 2007; OE, 2008).

O uso de opióides implica um maior risco de complicações durante 5-10 minutos após a administração intravenosa do medicamento e, imediatamente após o fim do processo, quando os estímulos dolorosos são interrompidos. Daí que os enfermeiros devam ter particular atenção a esses períodos mais críticos, implementando as medidas de segurança inerentes às circunstâncias (avaliação de parâmetros vitais, antídoto (Naloxona) disponível) (Meyer [et al.], 2007).

A forma de atuação dos opióides agonistas puros é competindo com os opióides endógenos e exógenos para os recetores μ . No tratamento da dor, têm como objetivo prevenir ou reverter os efeitos colaterais provocados pelos opióides (Fine & Portenoy, 2005).

Grande parte dos opióides têm metabolização hepática pelo sistema enzimático do Citocromo P-450, sendo as enzimas CYP2D6 e CYP3A4, as mais importantes no seu metabolismo (Fine & Portenoy, 2005).

De forma geral, para o controlo da dor moderada a intensa, em recém-nascidos, os opióides de eleição são a Morfina e o Fentanil, enquanto para as crianças com idade superior a um mês, são a Morfina, o Fentanil, a Codeína, o Tramadol e a Buprenorfina, dando-se preferência, para um controlo basal da dor, às formas de libertação prolongada e à via menos invasiva possível (oral ou transdérmica). Para a dor irruptiva, além da dose basal, é aconselhada uma dose de resgate “(opióide de libertação ultrarrápida e/ou rápida, a cada

2-4 horas, por via oral, transmucosa ou parentérica), ajustando a dose basal se forem necessárias mais de 2 doses de resgate por dia.” (DGS, 2010, p. 2).

Existem diversas limitações ao tratamento farmacológico, sobretudo por opióides, segundo Kazanowski & Lacceti (2005). Quando se trata de medicar um cliente pediátrico os médicos têm renitência em prescrever medicação analgésica contínua, optando frequentemente por prescrever as terapêuticas em “reserva ou SOS”, consoante a necessidade, ou seja, uma ação retroativa. Também é frequente que optem por prescrever fármacos menos potentes que os narcóticos pela relutância aos efeitos adversos dos mesmos (depressão respiratória, hipotensão, são alguns dos mais significativos), o que conduz a um tratamento inadequado e débil da dor. Quando os narcóticos são prescritos, observa-se, segundo o mesmo autor, hesitação e relutância por parte dos enfermeiros em administrar esses fármacos, fazendo com que as doses administradas sejam pequenas e o espaçamento de tempo entre as doses grande. Da realidade supracitada resulta o que poderemos chamar de efeito “yoyo” da dor, em que a mesma oscila perante o tratamento descontínuo e por vezes inadaptado como resposta a uma dor já presente quando deveria haver uma ação proactiva, antecipatória e continua com vista a manter a dor em níveis baixos ou nulos, evitando “picos” de dor. Um estudo levado a cabo por Rieman e Gordon (2007), revelou que a razão mais reportada pelos enfermeiros quanto às limitações do uso de fármacos no controlo da dor eram os seus efeitos secundários, nomeadamente a depressão respiratória em doentes pediátricos. Outra das limitações apontadas ao uso de fármacos são a estreita janela terapêutica nas crianças, as alterações das funções hepática e renal, ou o diferente grau de maturação em que se encontram, que irão ter uma influência direta sobre a metabolização dos fármacos (Solana et al., 2015).

A decisão da administração da medicação prescrita em SOS e de quando administrar é do enfermeiro, pois este tipo de prescrição “dá a possibilidade ao Enfermeiro de gerir a administração dos fármacos sem desrespeitar a prescrição” (Batalha, 2010, p. 98). No entanto, um estudo realizado em Portugal, verificou “(...) uma percentagem surpreendentemente alta de fármacos prescritos e não administrados” (Batalha, 2010, p. 98). As razões que levam os enfermeiros a não administrar medicação analgésica são várias desde a insegurança “(...) quanto à presença, tipo e intensidade da dor sentida pela criança, por menor exuberância das suas expressões de dor, ou até pela sobrecarga de trabalho” (Batalha, 2010, p. 98). É, pois, relevante que os enfermeiros sejam competentes na avaliação da dor e que façam a sua monitorização de forma sistemática para poderem controlar e minimizar as situações de dor.

1.6.2 Intervenções não farmacológicas

As estratégias não farmacológicas para alívio da dor ou do desconforto, apresentam-se como intervenções seguras, não-invasivas e de baixo custo, sendo que grande parte são intervenções autônomas de enfermagem (Hockenberry & Wilson, 2014). Sendo o enfermeiro quem cuida da criança 24 sobre 24 horas, tem um papel fulcral para, ao observar a criança, detetar sinais de dor ou desconforto, cabendo-lhe fazer “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (OE, 2010, p. 4). Pois, como referido, esta é capaz de provocar danos quer a nível físico, quer a nível psicológico e social, mas também porque a criança em idade pré-verbal não tem capacidade para a exprimir.

Vários autores dedicaram-se ao estudo de medidas autônomas do enfermeiro para avaliar e minimizar a dor nesta população incapaz de quantificar a sua dor em palavras. De acordo com o artigo 9º do REPE, intervenções autônomas ou independentes, são “(...) *as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidades de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na acessória, com os contributos na investigação em enfermagem.*” (OE, 2015b, p. 102). A este respeito o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem é também claro ao descrever, nas alíneas E2.2.1., E2.2.2., E2.2.3., que o enfermeiro “*Aplica conhecimentos sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.*” (OE, 2010, p. 4). Acrescenta ainda, na alínea E2.4. e E2.4.2, que o enfermeiro “*Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.*” (OE, 2010, p. 4), e “*Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem.*” (OE, 2010, p. 4).

Como medidas não farmacológicas para o alívio da dor/desconforto mais utilizadas e mais eficazes em recém-nascidos, estão descritas: as soluções açucaradas por via oral, como a sacarose (Gaspardo et al., 2008; Gibbins et al., 2002; Gibbins & Stevens, 2003; Stevens et al., 1999; Stevens et al., 2005, citados por Linhares & Doca, 2010; OE, 2013), a glicose (Gradin & Schollin, 2005; Guala et al., 2001, citados por Linhares & Doca, 2010), e também a frutose (Akçam, 2004 citado por Linhares & Doca, 2010); a sucção não nutritiva (Corbo et al., 2000, citado por Linhares & Doca, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014; OE, 2013); a amamentação (Leite et al., 2009, citado por Linhares & Doca, 2010; OE, 2013); o contato-pele a pele (Castral, Warnock, Leite, Hass, & Scochi, 2008, citado por Linhares & Doca, 2010; OE, 2013); o Método Canguru (Freire, Garcia, & Lamy, 2008, citado por Linhares & Doca, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014; OE, 2013); a diminuição da estimulação tátil (Peters, 1999, citado por Linhares & Doca, 2010; OE, 2013); a presença dos pais (OE, 2013);

o embalo e carícias (OE, 2013); a redução do ruído (OE, 2013); as canções de embalar (OE, 2013); e a massagem (OE, 2013).

O RN internado em unidades de Neonatologia, além de estar mais exposto a luzes, ruídos e manipulações do que estaria no ventre materno, está também sujeito a diversos procedimentos invasivos necessários para o diagnóstico e tratamento, como colheitas de sangue, punções do calcanhar, entubação, ventilação, entre outros (Santos, Silva, Santana e Matos, 2012, citado por Figueiredo, 2016). Logo, o papel do enfermeiro, não é só o de tentar antecipar e minimizar a dor durante estes procedimentos, mas também garantir que no dia-a-dia, todos os estímulos aos quais o RN se encontra exposto, como a temperatura ambiente (Batalha, 2010), a luminosidade, o ruído ambiente provocado por conversas dentro da enfermaria, pelo alarme sonoro dos monitores, são diminuídos, de forma a limitar o stress e promover o conforto e estabilidade do recém-nascido (OE, 2013). A este respeito, vários autores defendem que, associado a estas medidas de alívio da dor e desconforto do RN, o enfermeiro deve, também, promover o Cuidado ao Desenvolvimento (Development Care) aos bebés internados em Neonatologia (Als, Lester, Tronick & Brazelton (1982), Corrêa (2005), citados por Linhares & Doca, 2010). De salientar que, já em 1980 Heidelise Als sugeriu a prática de um Cuidado desenvolvimental individualizado e centrado na família de RN prematuros de muito baixo peso em unidades de terapia intensiva neonatal (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program - NIDCAP) (Als et al., 1982, 2003, 2004, citado por Linhares & Doca, 2010). Ainda neste sentido, devem assegurar períodos prolongados de sono e repouso, a aplicação da massagem terapêutica e o embalo ou “colinho” (OE, 2013), a supressão de procedimentos dispensáveis, e evitar a repetição de procedimentos após várias tentativas sem sucesso (Motta & Cunha, 2015). A concentração de manipulações no RN é outra das medidas apontadas para a diminuição do seu *stress* (OE, 2013), no entanto, a este respeito, verifica-se uma controvérsia na literatura já que alguns autores defendem que a concentração de manipulações ou procedimentos pode originar um período mais prolongado de dor, desconforto ou *stress* no RN (Motta & Cunha, 2015). Aquando do posicionamento do RN deve ter-se em conta a sua contenção através do uso de “ninhos” e rolos de posicionamento, de forma a promover a sua organização comportamental (OE, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014), pois *“Proporcionar o posicionamento adequado da criança, colocando a sua cabeça numa orientação de linha média, com a mão junto à boca para permitir a atividade de sucção e a flexão adequada dos membros pode promover comportamentos autorreconfortantes.”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 206). Devem evitar-se, toques bruscos seja na incubadora ou no RN e manipulações excessivas do mesmo (OE, 2013).

No que concerne ao contacto físico dos pais com o RN, essencialmente com a mãe, este parece abrandar não só a resposta comportamental, mas também a resposta fisiológica à dor (Motta & Cunha, 2015; OE, 2013), tal como o método canguru que, em RN pré-termo, leva a uma diminuição da duração do choro, da atividade comportamental e da FC (OE,

2013). O método canguru consiste em posicionar o RN prematuro clinicamente estável no tórax da mãe ou do pai, vestido apenas com a fralda, permitindo o contacto pele-a-pele (Hockenberry & Wilson, 2014; Thukral et al., 2008) de forma a aquecer o bebé, sensibilizar a mãe para o estabelecimento do vínculo com o bebé, e facilitar a amamentação (Thukral et al., 2008). Ferber e Makhoul (2008) estudaram os efeitos imediatos e subsequentes do método canguru nas reações de dor em RN prematuros, tendo verificado uma diminuição na desorganização e movimentos de extensão aquando da utilização deste método.

Relativamente à sucção não-nutritiva, esta envolve o uso da chupeta como inibidora da hiperatividade e moduladora do desconforto do RN (Hockenberry & Wilson, 2014; Motta & Cunha, 2015; OE, 2013), reduzindo as respostas comportamentais, fisiológicas e hormonais aquando de procedimentos dolorosos (Hockenberry & Wilson, 2014). A evidência sugere que a analgesia obtida pela chupeta se verifica unicamente aquando dos movimentos ritmados de sucção, sugerindo que após a sua interrupção a dor possa emergir (Motta & Cunha, 2015; OE, 2013).

Quanto ao uso das soluções adocicadas, são uma medida não farmacológica reconhecida como eficaz e segura, tendo ficado classificada em 14 dos 15 procedimentos catalogados pelo *International Evidence-Based Group for Neonatal Pain*, e recomendada pela Academia Americana de Pediatria no alívio da dor aguda em RN, como por exemplo as punções venosas. Estas têm demonstrado eficácia na diminuição do tempo de choro e atenuado a mímica facial de dor, por libertação de endorfinas endógenas, como é o caso da sacarose a 24%. Para que a analgesia ocorra, a solução deve ser instilada na porção anterior da língua, cerca de dois minutos antes do procedimento doloroso (Motta & Cunha, 2015), o que leva a crer que o efeito nociceptivo é mediado pela sensação do gosto doce (Batalha, 2013; OE, 2013). A sacarose produz a libertação de opióides endógenos, o que lhe confere um efeito analgésico (Ramenghi, Evans & Levene (1999) citado por Linhares & Doca, 2010; Motta & Cunha, 2015), atuando no alívio da dor aguda, de acordo com indicadores fisiológicos e comportamentais (FC, saturação de Oxigénio, expressão facial, choro) (Acharya, Annamali, Taub & Field (2004) citados por Linhares & Doca, 2010).

A administração de substâncias açucaradas, para o alívio da dor, pode utilizar-se em recém-nascidos pré-termo com mais de 28 semanas de gestação até aos três meses de vida (embora a eficácia diminua a partir do mês de idade). É recomendado, por consenso internacional, o uso de sacarose 12-24% por via oral, na quantidade de 2 ml no RN e de 0,1 a 0,4 ml no pré-termo, dois minutos antes do procedimento (Batalha, 2010).

A glicose tem um efeito analgésico semelhante ao da sacarose. De salientar que o uso destas soluções é potenciado quando associadas à sucção não-nutritiva ou a outras medidas não-farmacológicas (Motta & Cunha, 2015; OE, 2013).

Num estudo de revisão sobre intervenções não farmacológicas para alívio da dor que incluía a sucção não-nutritiva, a musicoterapia, o envolvimento ou “swaddling” do RN, o posicionamento, a estimulação olfativa e multissensorial, o método canguru e o toque materno, as três medidas consideradas eficazes para o alívio da dor em RN foram a sucção não nutritiva, o enrolamento do bebê e a contenção manual ou suporte postural (facilitated tucking) (Cignacco et al., 2007).

O leite materno é outra das intervenções não farmacológicas que pode ser útil no alívio da dor no RN, devido aos seus benefícios a nível nutricional e afetivo, seja por amamentação ou administrado por sonda nasogástrica (OE, 2013). De acordo com Leite e colaboradores (2009) a amamentação durante a punção na triagem neonatal garantiu uma menor ativação autonómica e um menor score de dor.

Ainda no que concerne ao alívio da dor/desconforto no RN, Batalha (2010) aponta que escutar uma música ou canção pode trazer benefícios enquanto forma de distração. Já para o lactente, o mesmo autor aconselha o recurso a um brinquedo brilhante, com movimento ou que produza sons.

De acordo com a RNAO existem medidas farmacológicas e não farmacológicas para a gestão da dor (aguda) nos bebés e crianças. Apontam como estratégias não farmacológicas (físicas e psicológicas) recomendadas para procedimentos menores a amamentação - desde o nascimento até aos 12 meses de vida; o contacto pele-a-pele - sendo esta medida mais evidente para os prematuros; o uso de chupeta - que tem uma melhor eficácia quando combinada com soluções açucaradas; e a contenção física - sendo esta considerada menos eficaz que a sacarose. O posicionamento e a musicoterapia são também tidos em conta, mas com a salvaguarda de serem aplicados com prudência. Nos casos de dor cirúrgica, a amamentação não é uma estratégia adequada, e todas as outras medidas anteriormente mencionadas têm um efeito desconhecido sobre a gestão da dor (RNAO, 2013).

Relativamente à presença dos pais, apesar de não comprovado, o seu efeito efetivo na redução da dor da criança, a sua ausência provoca *stress* no recém-nascido e lactente podendo aumentar a sua perceção da dor. O enfermeiro deve, portanto, incentivar a sua presença e participação nos cuidados. É nesta fase do desenvolvimento que o lactente desenvolve uma das características fundamentais de uma personalidade saudável, a confiança. Para que o desenvolvimento seja adequado, o lactente precisa do carinho e do contacto com os pais. Num contexto de hospitalização, agravado quando em UCIN e UCIP, o lactente encontra-se num ambiente hostil. Os ruídos, cheiros e estímulos visuais próprios do ambiente hospitalar e destes serviços, provocam a perda de controlo por parte da criança, o que representa um fator de *stress*, e dificulta a avaliação e interpretação de sinais por parte dos enfermeiros. As rotinas são necessárias para a estabilidade do lactente. Em contexto de hospitalização, por vezes, as rotinas são alteradas tendo em atenção as necessidades das equipas e não as da criança.

2. METODOLOGIA

A enfermagem tem por missão prestar cuidados de qualidade, atendendo ao bem-estar e promoção da saúde da população ao seu cuidado. O papel da Enfermagem na sociedade atual ganha cada vez mais força, valor e reconhecimento, fruto do desenvolvimento das ciências de enfermagem.

Esta maior visibilidade e exposição conduz a que se espere dos enfermeiros que sejam capazes de produzir trabalho cada vez mais rigoroso e fundamentado. Para isso, e segundo Polit, Beck & Hungler (2004), cada enfermeiro deve basear as suas opções e ações num saber científico atualizado que assenta na prática baseada em evidência. Isto é, pretende-se que o enfermeiro se fundamente em pesquisas válidas, baseadas na evidência, que demonstrem a qualidade efetiva de uma dada ação como efeito positivo para o doente, justificadas por uma validade clínica assim como por um controlo dos custos apropriados à situação. Além de um ganho em saúde para os clientes, este método fundamentado de ação confere força e reconhecimento à profissão, alicerçando e fortalecendo a sua identidade (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Os mesmos autores referem ainda que a pesquisa em enfermagem é necessária e pertinente pelo facto de permitir aumentar e justificar o papel da enfermagem na sociedade atual, e otimizar a ação dos enfermeiros quanto aos custos-benefícios em saúde. Procura-se, por um lado, justificar os custos da saúde e, por outro lado, conter esses mesmos custos procurando rentabilizar e otimizar a prestação de cuidados. A investigação confere aos enfermeiros uma visão multidimensional da profissão, o que permite uniformizar a sua linguagem e métodos de trabalho, conferindo aos clientes equidade no acesso à saúde, e responsabilizando os enfermeiros pelos seus clientes (Polit, Beck & Hungler, 2004).

A investigação científica procura produzir novos conhecimentos. Através do estudo de fenómenos, procura obter respostas a questões de interesse justificado, adquirindo conhecimento. A força da investigação científica é o seu carácter sistemático e rigoroso, sendo o método por excelência da produção de conhecimento (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Polit, Beck & Hungler (2004), enumeram as diferentes fontes de conhecimento da enfermagem, sendo elas: tradição; autoridades; experiência pessoal; tentativa e erro; intuição; raciocínio lógico; pesquisa científica. Se cada uma das fontes supracitadas tem o seu interesse, numa ciência como a enfermagem já não há margem para aproximações e azares. Exige-se hoje dos enfermeiros que vão mais além, consolidando o seu saber em

pesquisas científicas, desenvolvendo o seu espírito crítico em relação às bases de dados e fontes que consultam.

Fortin, Côté & Fillion (2009), baseando-se em Seaman (1987), dizem que a investigação científica é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e verificáveis do mundo ao alcance do ser humano, visando descrever, explicar, prever e controlar fenómenos (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Espera-se dos enfermeiros do século XXI que se responsabilizem pelos seus clientes, atuando de forma fundamentada em evidência atualizada e submetida a um conjunto de regras criteriosas, que possibilitam ao enfermeiro de hoje atuar na prática clínica da forma mais eficiente, segura e justa possível. São estes os padrões de exigência e qualidade com os quais os enfermeiros se deparam hoje em dia. A produção e desenvolvimento de conhecimentos no âmbito das ciências de enfermagem, são um foco fulcral e central na enfermagem moderna, e foi-se delineando com mais ênfase desde os anos 60, com Nightingale, passando pelos anos 70 em que houve um aumento significativo dos trabalhos de investigação, até à atualidade (Polit, Beck & Hungler, 2004).

A ciência procura explicar o mundo empírico, e a investigação é um instrumento da ciência (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

2.1 A justificação do estudo

A prática profissional representa o campo de intervenção. É na prática que pode surgir a questão a estudar e é na prática que se pode aplicar o conhecimento adquirido (Fortin, Côté & Fillion, 2009). O interesse por a temática da dor na criança surgiu perante o confronto com a realidade que adveio durante o estágio de especialidade em saúde infantil e pediatria, que se realizou num dos serviços de cuidados intensivos pediátricos da cidade do Porto. O confronto com as situações de sofrimento e a complexidade do fenómeno da dor no contexto pediátrico, o reconhecimento do papel relevante que os profissionais de enfermagem podem assumir na monitorização e gestão da dor, levaram-nos a querer aprofundar esta problemática.

Para além do interesse pessoal, é uma problemática atual e, apesar do número cada vez maior de estudos sobre o fenómeno, continua a haver necessidade de investigar no sentido de se contribuir para uma melhor prática de cuidados. A evolução das ciências médicas permite cada vez maior sobrevida de situações que até há umas décadas atrás eram

invariavelmente fatais. Esta mesma sobrevida exponencia as situações de dor e sofrimento que é preciso gerir e minimizar pelas repercussões que tem na vida das crianças.

Pelo facto de desenvolvermos a atividade profissional num outro país (Suíça), optamos por desenvolver a presente investigação nesse contexto. A acessibilidade geográfica permitiria uma melhor exequabilidade deste projeto, e para além disso possibilitaria uma aproximação à área de intervenção futura, isto é a área da pediatria.

Os conceitos de investigação, teoria e prática são interdependentes (Fortin, Côté & Fillion, 2009). Ao estudarmos as conceções dos enfermeiros sobre a dor no lactente, partimos do pressuposto da hipótese de transferibilidade para os contextos da prática, através da partilha desses mesmos resultados com os profissionais inquiridos e no âmbito de divulgação em eventos científicos. Com esse desígnio intitulamos a nossa investigação: **A Dor numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos: Conceções e práticas dos enfermeiros na gestão da dor em crianças no primeiro ano de vida.**

2.2 Questão e objetivos

A questão de partida norteadora da presente investigação foi: quais as conceções e práticas dos enfermeiros de cuidados intensivos e neonatologia sobre a gestão da dor no lactente hospitalizado?

Tendo por base a questão atrás referida definimos os seguintes objetivos:

- Identificar as conceções dos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos pediátricos sobre a dor no lactente;
- Identificar os procedimentos utilizados pelos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos pediátricos no controle da dor do lactente;
- Identificar os parâmetros de avaliação e gestão da dor no lactente pelos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos pediátricos;
- Identificar as escalas utilizadas pelos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos pediátricos na avaliação da dor do lactente;
- Identificar as dificuldades dos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos pediátricos na avaliação e gestão da dor no lactente;
- Identificar a perceção de autonomia dos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos pediátricos na opção das medidas de gestão da dor no lactente;

- Identificar as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos pediátricos na gestão da dor no lactente;
- Identificar os procedimentos em que os profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos pediátricos recorrem a medidas não farmacológicas;
- Identificar os procedimentos em que os profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos pediátricos recorrem a medidas farmacológicas;

2.3 Tipo de estudo

Optámos por um estudo do tipo quantitativo exploratório, descritivo e transversal.

Um estudo do tipo quantitativo caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos (Fortin, Côté & Filion, 2009). A *“investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação”* (Fortin, Côté & Filion, 2009 p.34).

A presente investigação segue um desenho de investigação não experimental, sendo um estudo descritivo simples pelo facto de descrever conceitos sobre a gestão da dor na criança durante o 1º ano de vida e hospitalizada em UCINP. É um estudo transversal, pois foi aplicado apenas um instrumento de colheita de dados_ questionário_ num único momento, à população alvo (Fortin, Côté & Filion, 2009).

O paradigma é uma visão do mundo, e o paradigma positivista acredita e defende que há uma realidade complexa que pode ser estudada e conhecida. Este paradigma defende que há no mundo que nos rodeia uma relação de causa efeito, chamada de determinismo, em que todo fenómeno pode ser explicado e previsto desde que se estabeleça a relação causa e efeito. Acredita-se que existe uma realidade objetiva que existe por si só, sem interpretações e subjetividade humana. A ciência procura expor da forma mais fiel e objetiva possível essa realidade que existe por si só, sem que o investigador influa nos resultados (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Embora não concordantes com esta perspetiva positivista dos fenómenos humanos, fizemos esta opção metodológica porque nos permite uma análise do fenómeno em estudo abarcando um maior número de sujeitos, e pela maior facilidade na colheita de dados.

Tendo em conta estes factos, e atendendo à vontade de denominar, classificar e descrever os conceitos chave desta investigação, o estudo descritivo quantitativo é o nível de investigação que melhor serve os nossos interesses.

2.4 População e amostra

De acordo com Fortin, Côté e Fillion, (2009), uma população é um grupo de pessoas com uma ou mais características definidoras comuns. Porém não é possível estudar a totalidade da mesma, pelo que há que determinar uma amostra da mesma.

A amostra é uma porção da população, em que a população podem ser indivíduos, espécies ou processos, que partilham características comuns (Fortin, 2009). No nosso caso a população caracteriza-se pelos enfermeiros que exercem, no momento da colheita dados, nas unidades de cuidados intensivos pediátricos e neonatologia dos HUG, em Genebra. A amostra deve ser representativa da população inteira, isto é, deve representar fielmente a população alvo (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro; exercer a atividade profissional em cuidados intensivos pediátricos e/ou neonatais, e/ou neonatologia no momento da aplicação do questionário; ter dado resposta a mais de 90% das questões do instrumento de colheita de dados.

Para a obtenção da amostra recorreremos a uma amostragem não probabilística de conveniência. Esta é constituída por indivíduos que estão acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Os participantes neste estudo são elementos de enfermagem que trabalham nos serviços de cuidados intensivos pediátricos e neonatologia do hospital de Genebra, e que aceitaram participar no estudo.

2.5 Instrumento de colheita de dados

O método para recolha de dados num estudo de investigação pode tomar diversas formas segundo a natureza dos objetivos traçados e as opções metodológicas. Nos estudos em que se pretende descrever as variáveis, descrever as relações entre as variáveis ou explicá-las, geralmente recorre-se a escalas de medida, a testes normalizados ou a questionários (Fortin, Côté & Filion, 2009).

O questionário tem a vantagem de poder ser tratado pelo investigador à posteriori e retira do inquirido uma pressão ligada à observação ou interação com o investigador. Este método exige uma resposta escrita do inquirido. O objetivo do questionário é recolher informação fatural acerca de acontecimentos, conhecimentos, atitudes, crenças, sentimentos e opiniões dos inquiridos (Norwood (2000) citado por Fortin, Côté & Filion, 2009). O questionário permitiu um ganho em tempo por ser um método mais rápido. O caráter impessoal do questionário foi visto com um elemento potencializador de adesão. A uniformidade do modelo de aplicação confere fidelidade ao instrumento, tornando possível fazer comparações entre as respostas dos inquiridos. Por sua vez o anonimato tranquiliza os inquiridos, o que os leva a exprimir-se livremente (Fortin, Côté & Filion, 2009). Segundo a literatura os inconvenientes de um questionário são uma taxa de adesão fraca e uma taxa de respostas incompletas elevadas (Fortin, Côté & Filion, 2009). Outra eventual limitação é o facto de não poder esclarecer respostas com o inquirido.

O questionário construído para a presente investigação sustentou-se na pesquisa bibliográfica e no questionário anteriormente desenvolvido numa investigação cuja temática é similiar (Nascimento, 2010). É constituído por uma primeira parte, que consiste na caracterização da amostra, e de uma segunda parte que consiste em questões relacionadas com a temática. As questões que compõem o questionário são do tipo escala de Likert, questões fechadas, dicotómicas (sim/não) e resposta curta.

Com a finalidade de avaliar a compreensibilidade das questões efetuou-se um pré-teste. O pré-teste foi aplicado a uma enfermeira especialista em cuidados intensivos pediátricos, que exerceu no contexto de cuidados intensivos pediátricos suíços e uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, com experiência portuguesa e atualmente a exercer num serviço de pediatria e neonatologia em contexto suíço. O pré-teste foi realizado em francês para ambas as colegas, com a particularidade de ter sido feito nas duas línguas para a colega que exerceu em Portugal. O questionário foi ainda submetido a duas pessoas bilingue Francês-Português, que não são da área de enfermagem, para testar a compreensão e clareza das questões. Foram feitos alguns ajustes linguísticos sendo que a versão final se encontra em anexo (Anexo V e VI).

O período de aplicação do questionário decorreu de 05.10.2016 a 31.10.2016, sendo à posteriori prolongado até 07.11.2016, com o objetivo de promover uma maior adesão. Os enfermeiros das UCINP receberam dia 04.10.2016 um e-mail informativo, enviado pela enfermeira de recurso para o estudo (infirmière clinicienne), e a cada passagem de turno os

chefes dos respetivos serviços informaram sobre o procedimento do estudo e promoveram a adesão ao estudo. Efetuou-se uma primeira recolha dia 26.10.2016, tendo obtido 36 questionários. Essa informação foi comunicada a ambas as equipas no sentido de promover uma maior adesão. Neste âmbito foi prolongado o período de recolha até dia 07.11.2016.

A aplicação do questionário desenrolou-se da seguinte forma: o questionário foi entregue num envelope nominativo; foi enviado um e-mail informativo previamente, sendo reforçado o pedido após 3 semanas de aplicação; foi fornecido um envelope de resposta assim como caixas para colocar os questionários, preenchidos, separadamente dos consentimentos assinados. No fim da aplicação do questionário foi enviado um e-mail de agradecimento, com informação sobre a taxa de participação e remetendo para posterior comunicação dos resultados sobre o estudo. Como referido por Fortin, Côté & Fillion (2009), para que o questionário seja válido a informação fornecida e a metodologia de aplicação deve ser igual e constante para todos os inquiridos, facto que se verificou neste estudo.

Para o tratamento e análise dos dados recolhidos optou-se pela análise descritiva, permitindo descrever, sintetizar e analisar os dados. Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa informático de estatística para as ciências sociais, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.

2.6 Considerações éticas

O pedido de colaboração e autorização, para aplicar o instrumento de colheita de dados em Genebra, foi submetido a uma comissão de avaliação dos HUG (Anexo VII). Após a avaliação da pertinência e interesse do estudo, foi concedida autorização para a sua realização. Pelo facto da colheita de dados se efetuar com profissionais de enfermagem, não foi necessária avaliação da comissão de ética. Aos intervenientes na amostra foi solicitado consentimento informado (Anexo VIII)

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Qualquer trabalho é desprovido de interesse se não forem discutidos, interpretados e difundidos os resultados que o estudo obteve (Fortin, Côté & Filion, 2009). Neste capítulo, pretende-se apresentar os resultados obtidos na colheita de dados. A apresentação dos resultados será feita em texto descritivo ou tabelas. Estas serão antecedidas ou precedidas da sua análise. Posteriormente procederemos à sua discussão.

3.1 Caracterização da amostra

A população alvo é constituída pela totalidade dos enfermeiros das duas equipas do serviço de cuidados intensivos e neonatologia do Hospital Universitário de Genebra, local onde foi aplicado o instrumento de recolha de dados, e é constituída por 119 enfermeiros. Dos 119 enfermeiros, 56 exercem nos cuidados intensivos e 63 na neonatologia. Um elemento dos cuidados intensivos e dois da neonatologia estavam, no momento da colheita de dados, ausentes do serviço por atestado médico, pelo que consideramos N= 116. Obtiveram-se 51 questionários válidos, preenchidos em mais de 90% das questões e devolvidos no período dado para a entrega do mesmo. Esta taxa de respostas representa, tendo em consideração N= 116, uma taxa de adesão de 43%.

A nossa amostra é constituída por 51 enfermeiros, dos quais a grande maioria é do sexo feminino (Tabela 1). Esta diferença predominante do género feminino sobre o género masculino vai ao encontro da história da enfermagem. Na realidade e no contexto atual da profissão, e segundo os dados da Ordem dos Enfermeiros portuguesa (2008), há 57164 enfermeiras e 12518 enfermeiros inscritos na ordem. Como exemplo, na cidade do Porto são 10595 enfermeiras para apenas 2135 enfermeiros, o que demonstra a discrepância entre géneros. Esta é uma realidade transversal a outros países, e constata-se que na Suíça também se verifica este facto.

Deparamos-nos com uma equipa jovem em que a média de idade se situa nos 36 anos. As faixas de idade mais predominantes são a dos 35 aos 44 seguida da dos 26 aos 34 anos de idade (Tabela 1).

Em serviços cuja exigência em termos tecnológicos é elevada e onde se observam avanços técnicos e científicos rápidos e constantes, requiere-se dos enfermeiros uma atualização contínua dos seus saberes, assim como, uma resistência física e psicológica forte. Os cuidados intensivos pediátricos e neonatais são serviços desgastantes, tanto pelos fatores referidos anteriormente como pelo facto de serem serviços especializados onde se lida com situações críticas que podem evoluir a qualquer momento. Isto representa para a equipa multidisciplinar stress, desgaste físico e psicológico.

Sendo as unidades onde se aplica o nosso estudo unidades especializadas, mais de metade dos enfermeiros possui uma pós-formação e na sua grande maioria são especialistas em cuidados intensivos neonatais e pediátricos e/ou “Puéricultrice” (Tabela 1).

Os dados colhidos revelaram, como observado anteriormente, que a equipa é jovem, o que levanta, legitimamente, a questão da experiência. Verificou-se que um número significativo dos inquiridos possui mais de dez anos de experiência e que mais de metade já possuía experiência prévia em pediatria (Tabela 1).

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

	N=51	%
Idade		
≤25	2	3.9
≥26 ≤34	17	33.4
≥ 35 ≤ 44	28	54.9
≥ 45	4	7.8
Sexo		
Masculino	4	7.8
Feminino	47	92.2
Pós-formação		
Sem pós-formação	17	33.4
Com pós-formação	34	66.6
Experiência em UCINP (em anos)		
≤1	6	11.8
> 1 ≤ 5	16	31.4
> 5 ≤ 10	4	7.8
>10	23	45.1
NÃO RESPOSTA	2	3.9
Experiência anterior em pediatria		
Sim	27	52.9
Não	24	47.1

Ainda no âmbito da caracterização da amostra, procurámos determinar em que medida os enfermeiros questionados beneficiaram de formação específica sobre dor. Mais de metade dos inquiridos respondeu ter realizado formação específica sobre dor (Tabela 2), e na sua maioria esta ocorreu durante o processo de especialização. Importa referir que um número significativo de inquiridos revela não possuir formação específica sobre dor (41,2%), como se pode verificar nos dados apresentados na Tabela 2. Relembramos, como referido no enquadramento teórico, que é recomendado pela DGS (2003) o uso de escalas e treino para avaliação do parâmetro dor, sendo requisitos fundamentais para uma boa prática dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros (DGS, 2003).

TABELA 2: FORMAÇÃO ESPECÍFICA SOBRE DOR DOS ENFERMEIROS INQUIRIDOS

Formação específica sobre dor	N=51	%
TEM	28	54.9
NÃO TEM	21	41.2
SEM RESPOSTA	2	3.9
Contexto formativo		
LICENCIATURA	11	21.6
ESPECIALIDADE	25	49
AUTO-FORMAÇÃO	8	15.7
SEM RESPOSTA	7	13.7
Quando teve a última formação		
NUNCA TEVE	3	5.9
< 1 ANO	4	7.8
≥ 1 < 5 ANOS	13	25.5
≥ 5 < 10 ANOS	7	13.7
≥ 10 ANOS	3	5.9
SEM RESPOSTA	7	13.7
NÃO APLICÁVEL	14	27.5

Quando solicitámos aos inquiridos que referissem, por ordem de prioridade, os três procedimentos que consideravam mais relevantes no controlo da dor no lactente, o número de não respostas ou respostas inadequadas foi elevado, pelo que considerámos que a questão foi pouco clara o que poderá ter levado à incompreensão por parte dos inquiridos, o que justifica a ausência ou inadequação das respostas a esta questão. Face a isto, a questão foi anulada pelo que não será tida em consideração para este estudo.

O enfermeiro é o objeto de estudo desta investigação, como referido na metodologia, pelo que procurámos saber quais as conceções e práticas dos inquiridos sobre a dor do lactente hospitalizado. O seguinte subcapítulo apresenta os dados obtidos na colheita de dados sobre o tema.

3.2 A dor no RN e lactente: conceções e práticas dos profissionais de enfermagem

No sentido de conhecer algumas das conceções dos enfermeiros, solicitámos-lhes que, tendo em conta um conjunto de asserções, referissem a sua concordância. Os resultados são expressos na Tabela 3.

TABELA 3: CONCEÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A DOR DO RN E DO LACTENTE

Conceções dos enfermeiros sobre a dor	Respostas					
	Sim	%	Não	%	N/R	%
O lactente tem menor capacidade de sentir dor que a criança mais velha	1	2	49	96,1	1	2
O lactente tem menor capacidade de sentir dor que o RN pré-termo	1	2,0	49	96,1	1	2,0
O RN prematuro tem menor capacidade de sentir dor que o RN de termo	3	5,9	47	92,2	1	2,0
A dor no lactente é passível de ser previsível	42	82,4	8	15,7	1	2,0
É fácil reconhecer e avaliar as situações dolorosas no lactente	19	37,3	31	60,8	1	2,0

Os resultados obtidos, e apresentados na tabela 3, permitem-nos constatar que a quase totalidade dos inquiridos afirmam que o RN, e o RN pré-termo, têm a mesma capacidade de sentir dor que o lactente. Comparando o lactente com a criança mais velha, os resultados obtidos indicam-nos que para a quase totalidade dos inquiridos o lactente possui igual capacidade de sentir dor, quando comparado com a criança mais velha. Uma elevada percentagem das respostas indica que a dor no lactente é passível de ser previsível. Mais de metade dos inquiridos admite não ser fácil reconhecer e avaliar as situações dolorosas no lactente.

Ao questionar os enfermeiros sobre a sua concordância ou não em relação à contra-indicação da analgesia, verificámos que para mais de metade dos inquiridos a imaturidade dos órgãos

e sistemas não representa, no seu ponto de vista, uma contraindicação ao uso de analgesia no lactente hospitalizado em UCINP (Tabela 4). Como já foi referido anteriormente neste trabalho, apesar dos avanços nas ciências farmacológicas, o desenvolvimento de fármacos destinados especificamente à comunidade pediátrica são ténues. Na sua maioria os fármacos usados em crianças resultam da adaptação das doses de fármacos desenvolvidos e usados em adultos. As respostas obtidas no que respeita à imprevisibilidade dos efeitos colaterais como contraindicação ao uso de analgesia no lactente, dividem o grupo em duas partes equitativas, obtendo-se iguais respostas entre os partidários do sim e do não.

TABELA 4: CONCEÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A CONTRAINDICAÇÃO DA ANALGESIA

Conceções dos enfermeiros sobre a contraindicação da analgesia	Respostas					
	Sim	%	Não	%	N/R	%
Imaturidade dos órgãos e sistemas	19	37,3	29	56,9	3	5,9
Imprevisibilidade dos efeitos colaterais	24	47,0	24	47,0	3	5,9
Outras	11	21,6	37	72,5	3	5,9

Um número considerável de inquiridos assinalou a opção “outras” (n=11), referindo: que a analgesia não deveria ser limitada, mas sim adaptada ao RN (n=2); que as crenças e preconceitos limitam o uso de analgésicos no RN (n=2); que os fármacos são pouco adaptados ao RN (n=1); que a depressão respiratória é tida como limitante (n=2); que há resistência médica na prescrição de analgésicos ao RN (n=1). Dois dos inquiridos, que assinalaram a opção “outras”, referem não haver contra-indicações ao uso de analgésicos no RN e um afirma que existem escalas para avaliar o uso ou não de analgésicos.

Os inquiridos reconhecem (94.1%) que a gestão do parâmetro dor incumbe do papel autónomo do enfermeiro. Este resultado vai ao encontro do que defende a OE (2008). Batalha (2010) refere ser da responsabilidade do enfermeiro a preparação, administração, avaliação da eficácia, vigilância e controlo dos efeitos secundários de fármacos assim como o recurso às reservas prescritas pelos profissionais de medicina, a quem incumbe a responsabilidade de prescrição de fármacos, fazendo também a educação dos pais e criança parte do papel da Enfermagem.

Como seria de esperar, verificou-se a existência de protocolos para avaliação da dor no lactente (Tabela 5). Como referido no enquadramento teórico, o recurso a normas e protocolos constitui um padrão de qualidade nos cuidados de saúde prestados e, aumenta a qualidade dos cuidados prestados nos serviços que recorrerem a este tipo de ferramentas (DGS, 2010).

TABELA 5: NORMA DE SERVIÇO - EXISTÊNCIA DE PROTOCOLO

A avaliação da dor no lactente é protocolada	Respostas					
	Sim	%	Não	%	N/R	%
	46	90.2	3	5.9	2	3,9

Atendendo ao que já foi apresentado no enquadramento teórico, é recomendada uma avaliação sistemática e oportuna da dor, mais ainda no lactente pela sua condição não verbal. Procurou-se por isso determinar com que frequência os enfermeiros procedem à avaliação da dor no lactente. A maioria dos inquiridos reporta uma avaliação de três em três horas (Tabela 6). Não tendo sido feita a distinção entre situações específicas, esta questão tem um sentido largo e poderia ser mais discriminativa, no entanto é suficiente para averiguar em que medida os enfermeiros avaliam a dor no lactente hospitalizado nas suas respetivas unidades. Inquestionavelmente a avaliação da dor deve estar relacionada com a situação clínica (tabela 6). O não termos questionado esta especificidade leva a que, provavelmente, haja um número de profissionais que tenha assinalado como resposta “outra” (31, 4%). Dentro destes houve referência a intervalos de 4/4 horas, 12/12h ou em SOS.

TABELA 6: REPARTIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE AVALIAÇÃO DA DOR NO LACTENTE

Frequência de avaliação da dor	Respostas	
	n	%
Hora a hora	3	5,9
Duas em duas horas	0	0
Três em três horas	24	47,1
Uma vez por turno	6	11,8
Outra	16	31,4
S/R	2	3,9

Tal como foi expresso na revisão bibliográfica não existe um indicador específico da dor. No entanto há diferentes indicadores que podem revelar a presença de dor. Os parâmetros mais citados pelos enfermeiros inquiridos são expressos na Tabela 7. Note-se que a expressão facial foi o indicador mais mencionado, logo seguido pela agitação, choro e expressão corporal, enfatizando os parâmetros comportamentais. A isto não será alheio o facto de serem indicadores das escalas de avaliação da dor. Os parâmetros fisiológicos são, em termos frequenciais, menos referenciados pelos profissionais questionados neste estudo.

TABELA 7: DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DOS PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DA DOR

PARAMETROS COMPORTAMENTAIS	RESPOSTAS (n)					
	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Sem resposta
EXPRESSÃO FACIAL	40	6	3	0	0	2
CHORO	34	9	5	0	0	3
AGITAÇÃO	35	10	4	0	0	2
EXPRESSÃO CORPORAL	32	12	3	0	0	4
TÓNUS MUSCULAR	23	16	8	2	0	2
POSTURA	30	15	4	0	0	2
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	13	12	15	4	3	4
IRRITABILIDADE	31	15	3	0	0	2
APATIA	18	12	12	6	1	2
TENSÃO//RELAXAMENTO MUSCULAR	27	12	7	2	0	3
PARÂMETROS FISIOLÓGICOS						
ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS	19	18	7	3	1	3
SONO	25	12	7	1	1	5
SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO	5	14	19	6	4	3
PARÂMETROS BIOLÓGICOS	3	7	14	16	8	3
ALTERAÇÕES CLÍNICAS	18	15	9	4	1	4

Ainda no âmbito da avaliação da dor quisemos saber se os intervenientes neste estudo recorriam a escalas para efetuar essa avaliação. A maioria (72,5%) responde afirmativamente (Tabela 8). Agregamos nesta mesma tabela os dados referentes às escalas utilizadas, assim como a utilização ou não da mesma escala. Quanto às escalas utilizadas, as mais usadas são a de Lausanne, Behavior e FLACC. Estes resultados decorrem provavelmente das normas de serviço, e da recomendação para o uso da FLACC no RN hospitalizado em cuidados intensivos (DGS, 2010). Por sua vez, constata-se que um número de respondentes não utiliza sempre a mesma escala. Esta resposta pode estar associada ao facto de haver necessidade de recorrer a escalas diferentes de acordo com a idade e o estado clínico da criança. Não é expectável que não se recorra à mesma escala quando se procede à monitorização da dor na mesma criança. Só assim se poderá comparar e avaliar a eficácia das intervenções. A forma como a questão está formulada não permite outra análise.

TABELA 8: RECURSO AO USO DE ESCALAS PELOS ENFERMEIROS NA AVALIAÇÃO DA DOR

Recorre a escalas para avaliar a dor no lactente	Respostas	
	n	%
Sempre	37	72.5
Quase sempre	10	19.6
Às vezes	2	3.9
Raramente	0	0
Nunca	0	0
Sem resposta	2	3.9

Escalas usadas	Respostas	
	n	%
Behavior	27	52,9
FLACC	19	37,3
Lausanne	41	80,4
EVA	9	17,6
EDIN	2	3,9
Escala de faces	6	11,8
SAN SALVADOR	2	3,9
DAN	3	5,9
Não aplicável	3	6,0

Utiliza sempre a mesma escala	Respostas	
	n	%
Sim	22	43.1
Não	27	52.9
Sem Resposta	2	3.9

Utiliza mais que uma escala	Respostas	
	n	%
Sim	28	54.9
Não	18	35.3
Sem Resposta	5	9.8

Quando questionados sobre os resultados obtidos pela aplicação da mesma escala à mesma criança, no mesmo momento por enfermeiros diferentes, verifica-se que a maioria (60,8%, n=31) refere que os scores obtidos são diferentes. A justificação apresentada está relacionada com a subjetividade da dor. Em contrapartida, oito dos 16 participantes que referiram obter o mesmo resultado, justificam a sua afirmação pelo facto de os itens serem

claros e de serem treinados para a aplicação de escalas. É esperado que, apesar da inerente subjetividade, o recurso a escalas validadas permita chegar a resultados iguais ou muito similares, pois evidencia o rigor na sua utilização.

As intervenções do enfermeiro são de dois tipos, autônomas e interdependentes. Estas últimas decorrem da prescrição de outros profissionais, nomeadamente os profissionais de medicina. Dentro destas temos a prescrição de terapêutica. Nesse contexto compreende-se que a quase totalidade refira a prescrição de medidas farmacológicas (Tabela 9). Mas inquestionavelmente essa prescrição não invalida a autonomia dos enfermeiros, pois têm que se responsabilizar pelas suas intervenções, mesmo prescritas, pois o objetivo é o bem-estar dos utentes. No entanto, ainda um número significativo de inquiridos referiu a prescrição de medidas não farmacológicas, onde os enfermeiros poderiam ter maior autonomia na decisão dessas intervenções. Porém, quando mais à frente inquirimos sobre quem prescreve as medidas não farmacológicas 60,8% referiram que são os enfermeiros. Eventualmente estas questões deveriam ser sequenciais ou mesmo agrupadas na mesma questão, a fim de potenciar uma maior compreensibilidade.

TABELA 9: PRESCRIÇÃO MÉDICA

	Respostas							
	Sim	%	Não	%	N/R	%	N/A	%
Medidas farmacológicas	44	86.3	2	3.9	4	7.8	1	2
Medidas não farmacológicas	18	35.3	13	25.5	19	37.3	1	2

É hoje sobejamente conhecido que o lactente tem memória para experiências sensoriais, nomeadamente a dor. Demonstrando esse conhecimento, a quase totalidade dos profissionais de enfermagem participante neste estudo (90,2%), reconheceu essa capacidade por parte do lactente.

Procedemos à identificação dos parâmetros mais utilizados pelos profissionais de enfermagem na avaliação da dor (tabela 10). Tendo em conta que utilizámos uma escala de Likert, constatámos que os parâmetros mais referidos como “sempre” utilizados, se enquadram em indicadores comportamentais, como seja a expressão facial, o choro a agitação / apatia. Os indicadores fisiológicos são também referidos, e efetivamente são mais facilmente mensuráveis fundamentalmente numa unidade de cuidados intensivos em que as crianças estão monitorizadas. No entanto, a condição clínica destas crianças leva a que em muitas situações estejam sedadas, pelo que a avaliação deve conjugar os vários parâmetros e a situação clínica.

TABELA 10: PARÂMETROS NA AVALIAÇÃO DA DOR NO LACTENTE

PARÂMETROS	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	N/R
FC	20	22	3	2	1	3
FR	11	27	8	2	0	3
PA	15	16	11	5	1	3
CHORO	32	12	2	0	0	5
EXPRESSÃO FACIAL	37	9	2	0	0	3
POSTURA	31	16	1	0	0	3
AGITAÇÃO/APATIA	32	14	2	0	0	3
SAT. O2	5	11	21	9	2	3

Inerente à especificidade da dor no lactente, inquirimos os nossos participantes sobre a dificuldade de interpretar os sinais indicadores deste fenómeno. Verificámos que 60,8 (n=31) apresentam “às vezes” dificuldade na interpretação dos meios de avaliação da dor, e 13,7% referiram que essa dificuldade ocorre quase sempre.

No sentido de analisarmos a tomada de decisão dos enfermeiros perante uma criança com dor, perguntámos-lhes qual a primeira intervenção que implementam. Verificou-se que a grande maioria opta por medidas não farmacológicas (tabela 11). Podemos questionar-nos se esta opção decorre do juízo clínico formulado pelos enfermeiros ou do cumprimento da prescrição clínica, dado que 35,3% tinha anteriormente referido a prescrição médica para medidas não farmacológicas.

TABELA 11: PRIMEIRA INTERVENÇÃO IMPLEMENTADA PELOS ENFERMEIROS PARA O CONTROLO DA DOR

	Respostas	
	n	%
Farmacológica	5	9.8
Não farmacológica	44	86.3
Sem resposta	2	3.9

No sentido de contribuir para a compreensão do fenómeno em estudo, indagámos junto dos enfermeiros sobre a existência de protocolos no controlo / tratamento da dor nos serviços onde trabalham (tabela 12). Concluimos que a maioria reporta a existência de protocolos. No entanto, não deixa de ser significativo que sendo unidades diferenciadas, 27,5% refiram a não existência de protocolos. Quando questionados sobre a existência de protocolos de acordo com o tipo de medidas de tratamento da dor, verificámos que 70,5% referiam a existência de protocolos, conjugando medidas farmacológicas e não farmacológicas. Paradoxalmente a quase totalidade dos elementos da amostra (90,2%) tinha anteriormente

assinalado que existem protocolos para a avaliação da dor. Tal como é preconizado pela Direcção-Geral de Saúde (2008), o controlo da dor depende, fundamentalmente, da existência e de uma aplicação adequada de protocolos de atuação, que inclui avaliação da intervenção.

TABELA 12: PROTOCOLOS PARA O TRATAMENTO DA DOR

EXISTÊNCIA DE PROTOCOLOS	Respostas					
	Sim	%	Não	%	N/R	%
	34	66.7	14	27.5	3	5.9
TIPO DE PROTOCOLOS	Respostas					
	n			%		
Medidas Farmacológicas	10			19.6		
Medidas não farmacológicas	4			7.8		
Medidas Farmacológicas e não farmacológicas	22			43.1		
Sem resposta	5			9.8		
Resposta não adaptada	10			19.6		

As medidas não farmacológicas inserem-se no âmbito da autonomia dos enfermeiros. Neste sentido questionámos os profissionais sobre a autonomia quer na escolha quer no uso destas medidas. Apesar de, anteriormente, 35,3% dos inquiridos terem respondido que existe uma prescrição médica para medidas não farmacológicas, a maioria dos respondentes (80,4%) referiu que os profissionais de enfermagem detêm autonomia na tomada de decisão na escolha das medidas não farmacológicas e consequentemente na sua utilização.

Nesta continuidade objetivámos identificar quais as intervenções não farmacológicas utilizadas (tabela 13) e a frequência da sua utilização. A sucção não nutritiva é a técnica que mais participantes mencionam usar “sempre” (77%; n=37), seguida da mudança de decúbito que é utilizada “sempre” por 64,5% (n=31). Por sua vez, 51,1% (n=23) raramente ou nunca recorrem à massagem. A musicoterapia é utilizada sempre ou quase sempre por menos de metade dos enfermeiros inquiridos (31,1%; n=14). A manipulação mínima é uma técnica que 55,3% (n=26) dos inquiridos só às vezes utilizam, sendo que 6,3% (n=3) referiram nunca a utilizar e 43,1% (n=19) assinala o mesmo score “às vezes” para o método canguru.

TABELA 13: TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS MAIS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS QUE UTILIZA	Respostas (n)					
	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Sem resposta
Mudança de decúbito	31	12	5	0	0	3
Sucção não nutritiva	37	9	2	0	0	3
Soluções açucaradas	23	15	5	3	0	5
Toque terapêutico	21	10	9	2	3	6
Massagem	2	7	13	11	12	6
Método canguru	5	8	19	5	7	7
Musicoterapia	2	12	12	19	0	6
Manipulação mínima	6	9	26	3	3	4
Uso de ninhos	33	7	7	1	0	3
Diminuição da luminosidade	9	11	9	10	8	4
Contacto com a mãe / pai	22	16	6	2	0	5
Outra(s)	1	1	3	0	0	46

Dos 51 inquiridos, cinco assinalaram a opção “outras” referindo-se a colo dos enfermeiros na ausência dos pais, promoção do contacto; colocar o lactente à mama; contenção; solução doce; roupa com o cheiro dos pais (estimulação do olfato); mudança da peça nasal do CPAP; retirada do material disfuncional ou desnecessário; silêncio, ambiente sereno.

Sabendo que há vários procedimentos / intervenções que são utilizados com frequência nas unidades de cuidados intensivos, que são passíveis de provocar dor nos lactentes, questionámos os sujeitos da nossa amostra sobre as intervenções não farmacológicas que utilizam para minimizar a dor (tabela 14). Constatou-se o recurso a medidas não farmacológicas para intervenções médicas e de enfermagem. Assim, 93,7% (n=45) afirmaram recorrer a medidas não farmacológicas “sempre” antes de uma punção venosa e introdução de cateter periférico, e 91,6% (n=44), utilizá-las “sempre” antes da punção do calcanhar. No entanto, 26, 0% (n=12) mencionaram que só “às vezes” utiliza as medidas não farmacológicas antes da aspiração de secreções.

TABELA 14: PROCEDIMENTOS COM RECURSO A MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

PROCEDIMENTOS	Respostas (n)					
	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Sem resposta
PUNÇÃO VENOSA	45	2	0	0	1	3
COLOCAÇÃO DE CATETER ARTERIAL	39	1	2	1	1	7
PUNÇÃO DO CALCANHAR	44	3	0	0	1	3
INSERÇÃO DE SONDAS (GÁSTRICAS, VESICAIS ...)	21	8	10	5	3	4
ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES	14	10	12	3	7	5
INTRODUÇÃO DE CATETER PERIFÉRICO	45	2	1	0	0	3
INTRODUÇÃO DE CATETER UMBILICAL	23	6	4	10	4	4
DRENAGEM TORÁCICA	31	3	5	2	6	4
ENTUBAÇÃO TRAQUEAL	11	8	8	3	16	5
REALIZAÇÃO DE PENSO	26	15	3	1	1	5
CUIDADOS DE HIGIENE	13	18	7	3	6	4

Ainda no âmbito das intervenções não farmacológicas, quisemos conhecer os fatores que, segundo os profissionais de enfermagem inquiridos, influenciam o recurso a essas intervenções. Verificámos que 86,9% (n=40) se reportam “sempre” ou “quase sempre” à situação clínica (tabela 15).

TABELA 15: FATORES QUE INFLUENCIAM O RECURSO A INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO LACTENTE

FACTORES	Respostas (n)					
	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Sem resposta
Situação clínica do lactente	24	16	4	1	1	5
Falta de protocolos	4	7	18	6	8	8
Motivação	17	7	13	3	4	7
Recursos	12	9	16	4	3	7
Conhecimentos	18	9	15	1	3	5
Outras	0	1	0	0	0	50

Tendo por base procedimentos / intervenções passíveis de provocar dor, questionámos os profissionais sobre o recurso a medidas farmacológicas (tabela 16). Concluimos que os

procedimentos que mais vezes são realizados com recurso a medidas farmacológicas estão relacionados com atos médicos. Referindo 80% dos inquiridos utilizar medidas farmacológicas “sempre” antes da drenagem torácica e 73,3% também reportou usar “sempre” estas medidas nas situações de entubação traqueal. O recurso a medidas farmacológicas insere-se nas intervenções de enfermagem interdependentes, e como tal dependem da prescrição médica. É expectável que esteja protocolizado que estes procedimentos sejam anteceditos de analgesia. No que se refere a algumas intervenções de enfermagem como aspiração de secreções, inserção de sonda gástrica e cuidados de higiene, a maioria opta pela resposta “raramente” ou “nunca” recorrer a este tipo de medidas. Inquestionavelmente nestas situações a orientação centra-se mais no recurso a medidas não farmacológicas.

TABELA 16: PROCEDIMENTOS COM RECURSO PRÉVIO A MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

UTILIZA INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS NOS SEGUINTES PROCEDIMENTOS	Respostas (n)					Sem resposta
	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	
Colocação de cateter arterial	22	5	5	8	7	4
Punção arterial	21	4	1	8	10	7
Punção do calcanhar	22	2	1	4	17	5
Inserção de sondas (gástricas, vesicais...)	6	4	9	12	15	5
Aspiração de secreções	3	5	9	10	18	6
Introdução de cateter periférico	22	3	5	7	9	5
Introdução de cateter umbilical	11	3	3	13	15	6
Drenagem torácica	36	4	2	2	1	6
Entubação traqueal	33	5	1	2	4	6
Realização de penso	6	14	19	5	2	5
Cuidados de higiene	1	5	15	11	14	5

As intervenções utilizadas para o controlo da dor devem ser sujeitas a avaliação para determinar a sua eficácia. Neste sentido perguntámos aos enfermeiros sobre essa mesma avaliação (tabela 17). Verificámos que 58,3% (n=28) o faz “sempre” e 37,5 (n=18) “quase sempre” em relação às intervenções farmacológicas, e apenas 52% (n=25) avalia “sempre” ou “quase sempre” 27% (n=13) a eficácia das intervenções quando usa medidas não farmacológicas.

TABELA 17: AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES NO CONTROLO DA DOR

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DOS MÉTODOS	Respostas (n)					Sem resposta
	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	
Farmacológica	28	18	1	1	0	3
Não farmacológica	25	13	4	6	0	3

Perguntámos, ainda, aos profissionais sobre a sua perspetiva em relação ao uso concomitante de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Verificámos que 82,4% (n=42) referiram a sua utilização “sempre” ou “quase sempre”. Isto leva-nos a inferir que os participantes detêm conhecimento do efeito potenciador da analgesia, quando se usa em simultâneo as medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Procedemos à identificação dos obstáculos ao diagnóstico da dor na ótica dos inquiridos (tabela 18). Como os elementos desta amostra não selecionaram uma só opção, tal como era solicitado, para não anularmos todas as respostas, entendemos efetuar a sua análise. A maioria reporta como maior obstáculo a dificuldade em compreender a diferença entre dor e desconforto, logo seguida pela grande variabilidade das respostas à dor, o que nos remete para a complexidade e subjetividade do fenómeno dor.

Os resultados obtidos demonstram que o uso concomitante de ambas as técnicas, farmacológicas e não farmacológicas, são sempre ou quase sempre utilizadas pela quase totalidade dos enfermeiros. Este dado corrobora os resultados obtidos por outros investigadores, mencionados na revisão bibliográfica, que confirmam que há uma mais valia no uso concomitante de ambas as técnicas.

TABELA 18: OBSTÁCULO AO DIAGNÓSTICO DA DOR

	Respostas					
	Sim	%	Não	%	N/R	%
O estado pré-verbal da criança	5	9.8	43	84.3	3	5.9
Ausência de indicadores específicos	7	13.7	41	80.4	3	5.9
A grande variabilidade das respostas à dor	11	21.6	37	72.5	3	5.9
Compreender a diferença entre dor e desconforto	31	60.8	17	33.3	3	5.9
Avaliação e quantificação da dor	9	17.6	39	76.5	3	5.9

Quanto aos obstáculos ao tratamento da dor (tabela 19) a respostas centram-se nas diferenças de interpretação de acordo com o avaliador, logo seguidas sobre a decisão a

respeito da necessidade ou não do uso de analgesia, e pela inexistência de uma abordagem multidimensional na avaliação da dor. A isto estará inerente a já referida subjetividade deste fenómeno, que mesmo recorrendo a instrumentos de medida pode conduzir a um tratamento menos eficaz.

TABELA 19: OBSTÁCULO AO TRATAMENTO DA DOR

MAIORES OBSTÁCULOS AO TRATAMENTO DA DOR NO LACTENTE EM UCINP	Respostas					
	Sim	%	Não	%	N/R	%
Decisão a respeito da necessidade ou não do uso de analgésico	20	39.2	28	54.9	3	5.9
As diferentes interpretações pessoais do avaliador	21	41.2	27	52.9	3	5.9
A inexistência de uma abordagem multidimensional na avaliação da dor	13	25.5	35	68.6	3	5.9
O método escolhido para avaliação da dor no RN	3	5.9	45	88.2	3	5.9

Formulámos uma questão para auscultar os profissionais de enfermagem sobre as suas perceções sobre a alteração da manifestação da dor ao longo do internamento, tendo 49,0% (n=25) dos respondentes situado a sua resposta no “sempre” e “quase sempre”, e 43,1% (n=22) no “às vezes”. Inquestionavelmente é esperado que haja alterações nas manifestações da dor, pois os utentes têm alterações no seu estado clínico no decurso do internamento, pelo que a reavaliação da dor é essencial para reajustar as medidas analgésicas.

As crianças internadas em unidades de cuidados intensivos sentem dor decorrente das situações clínicas, das intervenções diagnósticas e terapêuticas a que estão sujeitas. Neste sentido a dor é um fenómeno complexo, relevante e frequente numa unidade de cuidados intensivos. Sendo, portanto, esperado que seja um foco de atenção por parte de todos os profissionais, nomeadamente médicos e enfermeiros. Assim, perguntámos aos enfermeiros se a dor era discutida na visita médica (tabela 20). A visita médica pode ser um momento de reunião entre os profissionais de saúde passível de contribuir para a melhoria contínua dos cuidados, enquanto momento de análise e discussão dos utentes do serviço. Apurámos que 74,5% dos enfermeiros (n=38) referiram que é feita “sempre” e “quase sempre”.

TABELA 20: ANÁLISE E DISCUSSÃO DO FENÓMENO DOR DURANTE A VISITA MÉDICA

ANÁLISE E DISCUSSÃO	Respostas (n)					
	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Sem resposta
	14	24	8	2	0	3

Elaborámos três questões dicotómicas no sentido de auscultar os profissionais de enfermagem sobre a sua perceção quanto à existência de ferramentas suficientes para

avaliação eficaz da dor, e se a exposição à dor poderá ter implicações presentes e futuras na criança. Dos respondentes 31,4% (n=16) disseram não ter ferramentas para uma avaliação eficaz. A grande maioria dos enfermeiros reconheceu que a exposição à dor tem repercussões no presente 90,2% (n=46) e no futuro 82,4% (n=42).

Quando solicitamos a opinião sobre medidas para otimizar a gestão da dor (tabela 21), a grande maioria aponta para necessidades de formação nos vários níveis, assim como para o desenvolvimento da investigação nesta área, que promoverá o desenvolvimento da prática. A criação de grupos de trabalho para desenvolver e atualizar protocolos foi também sugerida pela maioria dos participantes como medida benéfica.

TABELA 21: OTIMIZAÇÃO DA GESTÃO DA DOR

	Respostas							
	Sím	%	Não	%	N/R	%	N/A	%
Formação no curso de base	30	58.8	18	35.3	3	5.9		
Formação contínua (serviço, hospital)	45	88.2	3	5.9	3	5.9		
Especialização	35	68.6	13	25.5	3	5.9		
Investigação científica	35	68.6	12	23.5	4	7.8		
Desenvolvimento da prática	43	84.3	5	9.8	3	5.9		
Criação de grupos de trabalho para criar e atualizar protocolos de serviço	37	72.5	10	19.6	3	5.9	1	2

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos resultados procederemos à sua discussão tendo por base o quadro teórico.

Vários estudos têm-se debruçado sobre o papel e importância da enfermagem na gestão da dor (Amaral et al., 2014; Cruz & Stumm, 2015; Kegl et al., 2016; Stanley & Pollard, 2013). Como referem Cruz & Stumm (2015), a gestão da dor é uma das condições necessárias para assegurar a qualidade dos cuidados de saúde. Os mesmos autores salientam ainda que a complexidade do fenómeno dor requer do enfermeiro conhecimento científico, habilidades técnicas, humanidade e ética. As intervenções inerentes à gestão da dor devem integrar a prática de cuidados. Essas intervenções assumem uma relevância muito particular no contexto de unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos. Isto porque o “intensivismo” está inquestionavelmente inerente a intervenções potenciadoras de sofrimento, e as crianças têm as suas especificidades desenvolvimentais que complexificam todas as intervenções. E, considerando que os profissionais de enfermagem são o maior grupo profissional nestas unidades, há que analisar este fenómeno segundo a sua perspetiva, para assim contribuir para uma prática de cuidados mais humana num ambiente altamente tecnológico.

Iremos proceder à discussão dos resultados segundo os objetivos definidos para a presente investigação num confronto com os estudos prévios sobre a temática.

Identificar as conceções dos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos sobre a dor no lactente

Os dados obtidos sobre as conceções dos inquiridos sobre dor no RN e lactente hospitalizado em UCINP, revelam que a quase totalidade dos enfermeiros considera que o lactente tem dor. Efetivamente o sistema neurológico do RN, na altura do nascimento, já se encontra “completo, intacto e perfeitamente funcional” (Reis, 2009, p.19). Este facto confere ao RN igual capacidade de sentir dor quando comparado com a criança mais velha, ou mesmo com o adulto, com a particularidade de que o RN não possui, ou possui de forma ainda imatura, mecanismos inibitórios e de controlo dos impulsos nociceptivos, o que por consequência o torna mais exposto e vulnerável à experiência de dor (Reis, 2009). Estes mesmos resultados são relatados por Nascimento (2010).

Também Amaral et al. (2014), afirmam que o RN de termo e de pré-termo possuem ambas as estruturas funcionais e neuroquímicas para a condução de estímulos dolorosos, o que

possibilita sentir dor. Está atualmente provado, que o RN tem, no mínimo, os mesmos números de terminações nervosas por milímetro quadrado que o adulto (Reis, 2009). As crianças mais jovens terão eventualmente mais dor, pois à medida que a idade da criança avança ela vai aumentando a sua tolerância à dor (Lacerda, 2009).

Mesmo em relação ao RN prematuro, os respondentes neste estudo, reconhecem que este tem dor. Podemos inferir que os profissionais detêm conhecimento, pois às 30 semanas de gestação, as vias necessárias à condução da dor estão completamente mielinizadas e as conexões entre tálamo e córtex estabelecem-se entre as 20 e as 24 semanas de gestação (Reis, 2009). Assim, pode-se afirmar que o RN de pré-termo assim como o RN de termo possuem as mesmas estruturas nociceptivas para experimentar a sensação de dor, além de que, segundo o mesmo autor, mesmo sem mielinização há condução dos impulsos dolorosos através das fibras amielinizadas. Também os profissionais inquiridos por Nascimento (2010) reconhecem a capacidade do RN, quer de termo quer prematuro, sentir dor. Porém nesse estudo 53,5% dos inquiridos referiram que o reconhecimento e avaliação da dor é fácil, contrariamente aos resultados obtidos no presente estudo em que 60,8% afirmaram ser um exercício difícil. Vários autores salientam o caráter complexo do fenómeno dor assim como o elevado grau de dificuldade em atribuir determinadas manifestações, comportamentais e/ou fisiológicas, à vivência de dor (Batalha, 2010; Fournier-Charrière, 2007; Hockenberry & Wilson, 2014). Alves et al., (2013) concluíram no seu estudo que a avaliação da dor no período neonatal representa uma grande dificuldade, no quotidiano, dos profissionais de saúde.

Como foi fundamentado no enquadramento teórico, a gestão da dor é um parâmetro de qualidade dos serviços de saúde e um dever dos profissionais de saúde (Batalha et al., 2009). O mesmo autor refere que a prevenção da dor através de, por exemplo, a aplicação de anestésicos tópicos, antes de um procedimento doloroso representa um importante passo na excelência dos cuidados aos clientes pediátricos. O controlo da dor faz parte da essência dos cuidados de saúde, devendo ser assumido por todos os profissionais de saúde, não só por razões éticas e morais, mas igualmente, por razões clínicas, sociais e económicas (Batalha, 2010). Numa UCINP as crianças estão sujeitas a dor e stresse pelo contexto em que se encontram, o que potencializa a instabilidade clínica, seja aquando de cuidados gerais tais como o banho ou a pesagem, ou quando expostas a cuidados mais específicos e invasivos como a punção venosa, do calcanhar e lombar, ou ainda, intubação traqueal, aspiração traqueal, drenagem torácica, entre outros (Reis, 2009). Da experiência pessoal, numa UCINP os enfermeiros devem ser capazes de antecipar qualquer situação álgica, minimizando as repercussões destas situações recorrendo quer a medidas farmacológicas como a não farmacológicas. Os resultados obtidos corroboram estudos anteriores (Lago et al., 2009; Nascimento, 2010; Sociedade Portuguesa de Pediatria, Consensos e recomendações, 2006), na medida em que a maioria dos respondentes reconheceu a previsibilidade da dor no RN e lactente. Segundo Stanley & Pollard (2013) o conhecimento e atitude de cada enfermeiro

afeta a sua habilidade para gerir adequadamente a dor na criança, pelo que perceber quais as suas conceções sobre antiálgicos se revela ser pertinente para compreender possíveis limitações na sua aplicação. Verificou-se que para 56.9% dos enfermeiros inquiridos, a imaturidade dos órgãos e sistemas não é uma contra-indicação ao uso de analgesia, o que revela divisão na equipa quanto às respostas e pode querer apontar para a necessidade de mais formação sobre a temática em questão. Pode ler-se na literatura que uma das limitações no uso de analgésicos, além da estreita janela terapêutica e do número limitado de fármacos direccionados para a pediatria, tem a ver com a maturidade dos órgãos tais como fígado e rins, o que influi diretamente na metabolização dos fármacos (Solana et al., 2015). Batalha (2010) põe em evidência a necessidade de adaptar o tratamento farmacológico no RN devido ao risco de efeito prolongado ou mesmo tóxico, afirmando que são necessárias doses maiores para fármacos hidrossolúveis, enquanto que para fármacos lipossolúveis as doses devem ser menores. Segundo o mesmo autor os analgésicos têm uma semivida de eliminação prolongada na criança com menos de um ano de idade.

Apesar da maioria das respostas ir ao encontro do que se lê na literatura, há ainda uma percentagem considerável de inquiridos (37.3 %) que consideram o nível de maturação dos órgãos e sistemas do lactente como sendo uma contra-indicação ao uso de fármacos. Também no estudo de Nascimento (2010), um número equivalente de respondentes referiu a contra-indicação da analgesia no RN. Uma das referências à contra-indicação está associada à imprevisibilidade dos efeitos colaterais. Na bibliografia são reconhecidos os efeitos colaterais de alguns fármacos, opióides por exemplo, onde a depressão respiratória e adição são tidos como barreira ao seu uso na comunidade pediátrica (Stanley, 2013), ou pelo facto das crianças terem maior tolerância e dependência a determinados fármacos que os adultos (Solana et al., 2015).

Há a referir que a quase totalidade dos inquiridos reconheceu a capacidade de memória para a dor no lactente. Autores tais como Fournier-Charrière (2007), Taddio et al. (2002) assim como Taddio e Katz (2005) citados por Hockenberry & Wilson (2014) e a DGS (2010) defendem a existência de memória para a dor no RN.

No que respeita aos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre dor, foi realizado um estudo por Christoffel et al. (2016) que abordava os conhecimentos sobre a avaliação e tratamento da dor neonatal. Os resultados indicaram que não obstante o facto dos inquiridos possuírem estudos superiores e formação especializada, *“a falta de capacitação e qualificação específica sobre a dor neonatal pode limitar a implementação de intervenções efetivas para o alívio da dor na prática clínica”* (Christoffel et al. 2016, p.556). Os resultados obtidos no nosso estudo revelam que mais de metade dos respondentes possui formação específica sobre dor, e 49% afirmam ter beneficiado dessa formação durante uma fase de especialização pós-graduada. Stanley (2013) advoga que uma enfermeira recém-formada em pediatria deverá ser acompanhada por uma enfermeira mais experiente na avaliação e

tratamento da dor, antes de o poder fazer de forma independente. Observámos que um número significativo de inquiridos afirmou não ter tido formação específica sobre dor, o que poderá representar uma limitação/barreira para a gestão da dor. Um estudo levado a cabo numa unidade neonatal de cuidados intensivos em São Paulo, Brasil, concluiu que apesar dos profissionais envolvidos na investigação reconhecerem que o RN sente dor, existia um desconhecimento sobre a avaliação e gestão adequada da dor aguda no RN, o que conduzia a um subtratamento da dor (Stanley, 2013). Em suma retem-se que há ainda que produzir avanços no que respeita à dor e que é necessária formação e treino específico no que concerne à problemática da dor para assegurar cuidados eeficientes e de qualidade, sendo também relevante o apoio e supervisão dada por enfermeiros mais experientes.

Segundo Fournier-Charrière (2007) o tempo de exposição à dor interfere com o comportamento e as manifestações de dor no lactente. A American Academy of Pediatrics (2000) e Anand e Scalzo (2000, citados por Hockenberry & Wilson, 2014), defendem que uma exposição repetida à dor neste período pode provocar alterações estruturais no cérebro do lactente, assim como, na sua resposta comportamental e hormonal. Os inquiridos referiram observar mudanças nas manifestações de dor ao longo do internamento em UCINP, o que pode decorrer das atrás referidas alterações estruturais e comportamentais no lactente, com eventuais consequências a longo prazo. Moreno (2012) faz referência a vários autores (Grunau, 2002; Fitzgerald et al., 1989) que advogam as possíveis alterações comportamentais e desenvolvimentais, no lactente, a longo prazo, causadas pela sua exposição repetida ou prolongada no tempo à dor.

Reconhecidos os efeitos da exposição do lactente à dor, questionamo-nos sobre a importância dada ao fenómeno pelos profissionais de saúde dos serviços em estudo, como por exemplo, durante a visita médica. A grande maioria dos inquiridos referiu que o fenómeno dor é discutido entre médico e enfermeiro durante a visita médica diária. Segundo a DGS (2010), o sucesso da gestão da dor depende da capacidade de avaliação e reavaliação dos profissionais de saúde, assim como, de uma colaboração interprofissional e uma visão multifacetada. Assim, uma abordagem sistemática do fenómeno dor durante a visita médica pode representar um momento privilegiado na discussão e readaptação interprofissional das medidas implementadas ou a implementar para gerir a dor no lactente. Apesar, de não ter sido encontrado um estudo que aborde especificamente o relevo dado à dor durante uma visita médica ou uma passagem de turno, esta abordagem poderá suscitar interesse para futuros estudos.

Estando a Enfermagem voltada para a evolução e para o futuro, procurou-se saber qual a opinião dos inquiridos sobre as estratégias a adoptar para melhorar a gestão da dor. Assim, procuramos conhecer quais as conceções dos enfermeiros sobre um dos caminhos a adoptar para trazer ganhos em saúde através da otimização e do avanço científico sobre a dor no lactente hospitalizado em UCINP.

Segundo a DGS (2008) para uma boa prática e qualidade dos cuidados, assim como para uma melhor qualidade de vida dos lactentes, a gestão da dor deve ser uma prioridade para os profissionais de saúde, atendendo a que é um vetor de qualidade na saúde (DGS, 2003). A grande maioria (88.2 %) dos inquiridos apontou como elemento chave a aposta na formação contínua, assim como, no desenvolvimento da prática (84.3%), a criação de grupos de trabalho e a investigação científica. Estes resultados factuais demonstram que os enfermeiros inquiridos acreditam que há possibilidade de fazer melhor, conclusão a que também chegaram todos os autores consultados nesta investigação, que defendem que a investigação e os avanços sobre dor, apesar de notórios, precisam de mais respostas e por isso mais estudos, no sentido de melhor perceber e controlar a dor. Ainda se podem produzir avanços, nomeadamente no que respeita às ferramentas que melhoram e uniformizam a prestação de cuidados dos enfermeiros. A literatura afirma haver uma discrepância entre a teoria e a prática, no que respeita o tratamento da dor em crianças, como o demonstrou o estudo levado a cabo no “Hospital for Sick Children”, em Toronto (2008) que pôs em evidência a discrepância entre a aparente dor sentida pela criança e os registos de dor. No nosso estudo embora a maioria dos enfermeiros considerassem possuir ferramentas suficientes para avaliar e agir de forma eficaz sobre o fenómeno dor no lactente, não deixa de ser preocupante a existência de uma percentagem que referia não possuir ferramentas suficientes para avaliação e gestão da dor, podendo levar-nos a questionarmo-nos sobre a qualidade da assistência que prestam a estes lactentes.

Identificar os procedimentos utilizados pelos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos no controle da dor do lactente

Os procedimentos a que a maioria dos inquiridos mais recorre para o controlo da dor são os não farmacológicos, resultado que foi também obtido por outros investigadores (Nascimento, 2010; Moreno, 2012). É importante os enfermeiros adotarem medidas não farmacológicas na tentativa de minimizar a dor do lactente pois, nos recém-nascidos e lactentes, grande parte dos analgésicos têm uma semivida de eliminação prolongada, e apenas entre os três a 12 meses de vida é que os valores se assemelham aos de um adulto (Batalha, 2010). Também os fatores apontados como barreiras para o uso de fármacos, efeitos colaterais e adição (Stanley & Pollard, 2013), justificam, provavelmente, o facto de os enfermeiros privilegiarem métodos não farmacológicos. As vantagens das técnicas não farmacológicas passam por serem seguras, não-invasivas e de baixo custo (Hockenberry & Wilson, 2014), sendo estes outros fatores a considerar na escolha do método.

Actualmente, os protocolos de analgesia já se baseiam em métodos farmacológicos e não farmacológicos, o que segundo a DGS (2010) representa um ganho em qualidade e segurança dos cuidados. Para Batalha et al. (2007) *“A concepção de protocolos de dor para estes procedimentos, contribui para uma melhor prevenção e tratamento ao envolverem toda a*

equipa, clarifiquem o papel e a responsabilidade de cada um, e promoverem de forma sistemática e em tempo útil o tratamento” (p. 149).

Identificar os parâmetros de avaliação e gestão da dor no lactente pelos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos

Como referido anteriormente, uma particularidade inerente ao lactente é o facto de os sinais e sintomas que estão habitualmente associados à dor não serem exclusivos da dor (Fournier-Charrière, 2007). Assim, os profissionais de enfermagem devem recorrer a uma diversidade de parâmetros fisiológicos e/ou comportamentais, e biológicos para identificar / avaliar a dor.

A maioria dos inquiridos recorre principalmente aos parâmetros comportamentais, nomeadamente, avaliação e valorização da expressão facial, choro, agitação, expressão corporal, irritabilidade e tensão/relaxamento muscular, para proceder à avaliação da dor. Investigações prévias demonstram resultados similares (Batalha, 2010; Nascimento, 2010; Nascimento, 2013).

Os parâmetros fisiológicos não sendo todos utilizados com a mesma frequência, os mais referenciados foram a alteração de sinais vitais, sono, saturação de oxigénio e alterações clínicas. Os parâmetros mais referidos, nesta faixa etária, por outros investigadores são o choro, expressão facial, agitação e alteração de sinais vitais, e saturação de oxigénio (Hockenberry & Wilson, 2014; Batalha, 2010; Fournier-Charrière, 2007). Constatando-se, assim, que os resultados obtidos suportam o referenciado na literatura.

Como referem vários autores (Batalha, 2010; Nascimento, 2010; Nascimento, 2013) apesar de estes parâmetros serem objetivos são pouco específicos, pelo que não devem ser utilizados isoladamente na avaliação da dor. Tudo isto expressa a complexidade da avaliação da dor, pelo que se deve utilizar um conjunto de indicadores que permitam um diagnóstico correto.

Identificar as escalas utilizadas pelos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos na avaliação da dor do lactente

A maioria dos enfermeiros que participaram no estudo usam sempre escalas para avaliar a dor no lactente. A avaliação da dor por escalas validadas é hoje reconhecida como a medida mais adequada (Araújo et al., 2015; DGS,2003; Nascimento, 2010; OE, 2008), sendo a formação sobre o uso de escalas e treino para avaliação do parâmetro dor requisitos fundamentais para todos profissionais de saúde. O recurso a escalas permite ainda diminuir a subjetividade inerente à avaliação da dor, tornando o exercício mais objetivo (Hockenberry & Wilson, 2014). Segundo Stanley & Pollard (2013), apesar de várias escalas estarem disponíveis para a avaliação da dor em crianças, o desconhecimento leva à sua não utilização.

A escala mais utilizada pelos inquiridos, para o lactente até um ano de idade, é a de Lausanne. Este resultado está relacionado com o contexto do estudo. A escala de Lausanne foi criada nos CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Hospital Universitário de Lausanne), e é utilizada nos CHUV assim como nos HUG. A literatura internacional consultada não faz referência a esta escala. Analisando os critérios utilizados pela escala de Lausanne, encontramos semelhanças com outras escalas como a NIPS, PIPP, EDIN e N-PASS, referidas pela DGS (2010), e recomendadas para esta faixa etária. O recorrer a mais que uma escala de acordo, não só com a idade da criança, mas também com a situação clínica, pode potenciar uma melhor monitorização da dor.

Identificar as dificuldades dos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos na avaliação e gestão da dor no lactente

O carácter subjetivo da dor, o estádio desenvolvimental em que se encontra a criança e a fase pré-verbal inerente à população em estudo, dificultam o papel do enfermeiro em reconhecer a vivência de dor (Batalha, 2010). Diferentes autores salientam a dificuldade de avaliar e detetar situações de dor na criança, seja pelo contexto de cuidados intensivos, pelo estado clínico da criança, gravidade e instabilidade (Solana et al., 2015), assim como pelo facto de não ter ainda desenvolvido a capacidade de comunicação verbal, o que impossibilita o autorrelato (Hockenberry & Wilson, 2014). Também a não existência de um parâmetro fisiológico ou comportamental específico da dor dificulta a sua parametrização (Fournier-Charrière, 2007). Na maior parte das vezes, as alterações fisiológicas ou comportamentais podem indicar dor, mas também desconforto (Reis, 2009). Neste âmbito compreende-se a dificuldade expressa pelos respondentes.

O maior obstáculo para um correto diagnóstico de dor no lactente hospitalizado em cuidados intensivos é, segundo os inquiridos, maioritariamente a dificuldade em compreender a diferença entre dor e desconforto. Fournier-Charrière (2007) defende que os sinais e sintomas habitualmente associados à dor podem não ser exclusivos da dor, podendo estar relacionados com mal-estar, medo, ira (cólera) ou protesto. Percebe-se porque é tão complexo e difícil distinguir a dor do desconforto, dificuldade que em si pode representar um obstáculo ao correto diagnóstico de dor.

O estado pré-verbal do lactente, assim como a ausência de indicadores específicos para a dor, são tidos, para uma grande maioria dos inquiridos, como sendo um obstáculo ao correto diagnóstico de dor. Diferentes autores, tais que Hockenberry & Wilson (2014) e Fournier-Charrière (2007), defendem que a condição não verbal do lactente dificulta a quantificação e avaliação da dor, o que pode ser considerado um obstáculo ao bom diagnóstico de dor. No entanto um número significativo de inquiridos considera que a avaliação e quantificação da dor não representa um obstáculo ao seu tratamento. Em contexto português, o estudo de Nascimento (2010) demonstra, com base nos seus resultados, que os maiores obstáculos para um correto diagnóstico de dor no RN são, por ordem de prioridade: a avaliação e

quantificação da dor; a ausência de indicadores específicos e, por fim, compreender a diferença entre dor e desconforto. Este estudo alcança resultados sensivelmente diferentes aos obtidos no contexto Suíço.

No que concerne aos factores que constituem obstáculos ao tratamento da dor do lactente hospitalizado em UCINP, estes estão relacionados com a diferença de interpretação entre avaliadores, e consequentemente a decisão da necessidade de analgesia. Se é reconhecida a dificuldade na avaliação, compreende-se que essa dificuldade se estenda também ao tratamento.

Identificar a percepção de autonomia dos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos na opção das medidas de gestão da dor no lactente

Quando questionados sobre o seu grau de autonomia na gestão da dor constata-se que as medidas não farmacológicas são prescritas segundo um terço dos inquiridos. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008) a gestão da dor com recurso a técnicas não farmacológicas faz parte integrante do papel autónomo do enfermeiro. Também Cruz & Stumm (2015) referem que recai sobre o enfermeiro a responsabilidade, dever e apetência para avaliar a dor no RN. Por conversas informais e alguns comentários anotados nos questionários, sobressaiu a informação de que, pode ocorrer prescrição médica para o não uso de determinadas técnicas não farmacológicas devido à situação clínica da criança. Inquestionavelmente o recurso a técnicas não farmacológicas é influenciado sempre ou quase sempre pelo estado clínico do doente, como também defendem outros autores (Hockenberry & Wilson, 2014).

A maioria dos inquiridos defendem ser totalmente autónomos na escolha e uso de técnicas não farmacológicas. Hockenberry & Wilson (2014) afirmam que grande parte das intervenções não farmacológicas são intervenções autónomas de Enfermagem e o estudo de Nascimento (2010) põe, também ele, em evidência a autonomia dos enfermeiros quanto ao uso deste tipo de técnicas.

Identificar as intervenções não farmacológicas utilizadas pelos profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos na gestão da dor no lactente

A prática baseada na evidência constitui um dos elementos chave para a evolução do conhecimento científico assim como do reconhecimento social da Enfermagem (Polit, Beck & Hungler, 2004). A gestão da dor deve alicerçar-se num saber científico especializado e incumbe aos enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria agir em conformidade (OE, 2010). Gerir o fenómeno dor com eficiência constitui um indicador de qualidade dos cuidados (OE, 2015 a; Cruz & Stumm, 2015). Espera-se dos enfermeiros que, baseando-se nos princípios supracitados, sejam capazes de escolher e aplicar a técnica mais adaptada

para o tratamento da dor, num determinado contexto. Recorrendo às técnicas não farmacológicas o enfermeiro exerce o seu dever e a sua autonomia, conduzindo a ações da sua exclusiva responsabilidade.

Quando instauradas medidas não farmacológicas os inquiridos referem, maioritariamente e quase que exclusivamente, proceder à avaliação da dor sempre ou quase sempre. Ora a literatura defende que a avaliação e reavaliação da dor deve ser sistemática (DGS,2010), regular e *“concordante com a necessidade de validar suspeita de dor ou eficácia da analgesia”* (OE, 2013, p.34), sendo avaliada no mínimo uma vez por turno desde o primeiro contacto com o doente (OE, 2008). O estudo de Nascimento (2010) revela que há reavaliação da dor por parte dos enfermeiros quanto recorrem a técnicas não farmacológicas e farmacológicas.

As técnicas não farmacológicas que mais são utilizadas pela maioria dos inquiridos são, por ordem de frequência decrescente, a sucção não nutritiva, o uso de ninhos e a mudança de decúbito. O uso de soluções açucaradas, o contacto com os pais e o toque terapêutico são utilizados menos frequentemente que as técnicas supracitadas, com menos de metade de escolha por parte dos respondentes. Salienta-se que medidas simples de controlo ambiental, para aliviar ou diminuir o risco de dor ou desconforto no lactente, tais como a diminuição da luminosidade e a musicoterapia são pouco utilizadas pelos inquiridos. Também métodos simples e seguros tais como a massagem, a manipulação mínima e o método canguru são uma escolha pouco frequente por parte dos respondentes. No seu estudo, Moreno (2012), obtem 86.2% de respostas para o uso de um método não farmacológico de controlo da dor, quando são instauradas medidas, em situações de aspiração no nariz e/ou orofaringe e 83.3% para remoção de adesivo. Batalha (2010) refere que as técnicas de posicionamento e massagem estão entre as técnicas mais utilizadas pelos profissionais, indicando que um estudo levado a cabo por Jacob e Puntilo (2009) corroboram as mesmas conclusões. Os dados recolhidos no nosso estudo não nos permitem determinar o motivo que explique esta diferença entre resultados e literatura.

O uso concomitante de técnicas não farmacológicas e farmacológicas para controlo e alívio da dor no lactente é uma prática à qual recorrem a quase totalidade dos inquiridos. Verifica-se um número cada vez maior de estudos que demonstram o carácter benéfico da associação de ambas as técnicas, os estudos de Nascimento (2010) e Moreno (2012) são exemplo disso. Moreno (2010) afirma que apenas em 5,1% das situações de dor, em que foram instauradas medidas, foram utilizadas apenas e exclusivamente medidas farmacológicas. Fine & Portenoy (2005) defendem que na dor crónica o uso concomitante de ambas as técnicas é mais eficaz, e que uma equipa multidisciplinar obtém mais eficácia. Este facto talvez explique a razão pela qual para os métodos invasivos como a punção venosa, colocação de cateter arterial, introdução de cateter periférico, drenagem torácica, os respondentes refiram utilizar sempre ou quase sempre técnicas não farmacológicas e farmacológicas.

Identificar os procedimentos em que os profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos recorrem a medidas não farmacológicas

As técnicas não farmacológicas são utilizadas perante situações de ato médico e/ou de enfermagem. Constata-se que para mais de dois terços dos inquiridos é usual recorrer a este tipo de técnicas como medida preventiva para situações tais como a punção venosa, introdução de cateter e punção de calcanhar, no entanto apenas uma minoria dos inquiridos utiliza estas técnicas para prevenir a dor/desconforto provocada pela aspiração de secreções. Importa referir que a possibilidade de o lactente necessitar de aspiração de secreções é mais frequente que as técnicas referidas anteriormente. Também os cuidados de higiene, colocação de sondas e a entubação endotraqueal são situações em que os inquiridos recorrem com pouca frequência ao uso de técnicas não farmacológicas na prevenção da dor. Os resultados obtidos por Moreno (2012), apontam para um recurso frequente de medidas não farmacológicas aquando dos procedimentos referidos anteriormente. O contexto de cuidados intensivos leva a que a criança esteja exposta a situações dolorosas de forma aguda, frequente e/ou repetida, o que pode conduzir a hiperalgesia (Reis, 2009). Gestos do “quotidiano” tais como os cuidados de higiene, podem representar momentos, repetidos quotidianamente, em que o lactente vivência dor e que o profissional de enfermagem deve gerir, de modo a promover o bem-estar da criança.

A situação clínica do lactente é determinante para o uso de uma determinada medida não farmacológica em detrimento de outra, isto segundo os inquiridos. A totalidade dos estudos consultados defendem o mesmo propósito.

Identificar os procedimentos em que os profissionais de enfermagem a trabalhar em cuidados intensivos neonatais e pediátricos recorrem a medidas farmacológicas

Os resultados obtidos no nosso estudo demonstram que a maioria dos respondentes recorre a medidas farmacológicas para o alívio da dor aquando de procedimentos médicos invasivos. É o método de eleição em situações como drenagem torácica, entubação traqueal, punção arterial, colocação de cateter arterial ou introdução de cateter venoso periférico. Para procedimentos dolorosos e invasivos suscetíveis de provocar dor severa e intensa, está indicado o uso de analgesia com recurso a fármacos (Caetano et al. 2013 citados por Kegler et al. 2016). Martins et al., (2013) vão mais além ao inferir que, provavelmente, a drenagem torácica é o procedimento que mais leva ao uso de métodos farmacológicos por seguir um protocolo médico, realizado pelo cirurgião pediátrico. Também no estudo de Kegler et al. (2016) é referido a necessidade de analgesia aquando a introdução do cateter central de inserção periférica que é um procedimento frequente em unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos.

Por sua vez aquando de procedimentos como a aspiração de secreções, colocação de sondas ou mesmo cuidados de higiene, não há referência ao uso de terapêutica analgésica, assim

como se verificou quanto aos métodos não farmacológicos. No entanto, Martins et al (2013) salientam que apesar de determinadas técnicas como a aspiração traqueal e colocação de sonda gástrica serem consideradas pelos profissionais de saúde como dolorosas, nem sempre os profissionais recorrem a medidas farmacológicas antes dos referidos procedimentos.

CONCLUSÃO

A presente investigação visou estudar as concepções, procedimentos e dificuldades dos enfermeiros que exercem funções em cuidados intensivos neonatais e pediátricos no Hospital Universitário de Genebra, Suíça, sobre a dor e sua gestão no lactente, com a finalidade de otimizar os cuidados de enfermagem a esta população, dar um contributo para o avanço do conhecimento de Enfermagem nesta área e confrontar os saberes com a prática de enfermagem.

A dor em RN e lactentes tem sido objeto de estudo para profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Contudo, o aumento de estudos realizados, particularmente nos últimos anos, não solucionou todas as dificuldades com que os enfermeiros se deparam na gestão da dor no RN e lactente. A gestão da dor nos lactentes é, sem dúvida, um procedimento complexo, não só devido à especificidade desta população, mas também porque na idade pediátrica a gestão da dor envolve dimensões, não só, inerentes à criança, como também, à família e aos profissionais de saúde.

Apesar do aumento do conhecimento sobre fisiopatologia da dor e estratégias de tratamento farmacológico e não farmacológico da dor em crianças, esta continua a ser subtratada e subvalorizada, sobretudo em crianças mais jovens. A investigação desmistificou a ideia de que o RN não sente dor, provando, não só, que possui capacidade para sentir dor, mas que a falta de maturidade dos seus mecanismos inibitórios assim como as curtas distâncias interaxonais expõem os lactentes a experimentar mais dor, o que os torna mais frágeis e indefesos. Atualmente, é considerado norma de boa prática valorizar, diagnosticar, avaliar e registar sistematicamente a presença de dor e a sua intensidade. No entanto, inúmeros estudos têm demonstrado um deficit na aplicação desta evidência científica a recém-nascidos e lactentes, e também, que a formação sobre dor, embora relevante, não é sinónimo de excelência no tratamento deste fenómeno.

O contexto de cuidados intensivos expõe os lactentes a uma panóplia de procedimentos causadores de dor e stresse, sendo, portanto, mandatório que os enfermeiros estejam atentos a estas situações e que consigam antecipá-las para evitar ou minimizar a dor destes clientes. A gestão e tratamento da dor dos lactentes internados em unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos é determinante para a excelência do cuidar em enfermagem e para a qualidade de vida e bem-estar destas crianças. É um dever ético dos enfermeiros promover a segurança e garantir a avaliação e tratamento da dor durante os

procedimentos dolorosos, sendo ainda mais relevante nas crianças e particularmente nos lactentes, devido à sua incapacidade de expressão oral.

As intervenções não farmacológicas, direcionadas para a gestão da dor da criança, são procedimentos autónomos prescritos e realizados pelos enfermeiros com o objetivo de prevenir e controlar este sintoma. É, pois, necessário que se realize investigação que tenha como objeto de estudo as intervenções dos enfermeiros na gestão da dor e prescrição de intervenções não farmacológicas a lactentes internados em unidades de cuidados intensivos, com a finalidade de repensar e otimizar os cuidados de enfermagem prestados para gerir a dor.

Tendo por base os objetivos inicialmente traçados para este estudo, concluímos que a maioria dos enfermeiros da unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos do Hospital Universitário de Genebra tem conceções adequadas sobre o fenómeno dor no lactente, considerando que a dor no lactente internado em UCINP é previsível, que o lactente não tem menor capacidade de sentir dor que a criança mais velha, nem que o RN pré-termo, que a imaturidade dos seus órgãos e sistemas não representa uma contraindicação para o uso de analgesia. Os enfermeiros referiram, igualmente, que não é fácil reconhecer e avaliar as situações dolorosas no lactente.

Na criança em fase pré-verbal as dificuldades na avaliação da dor são diversas e ainda mais marcadas nas que têm problemas de desenvolvimento cognitivo e sensorial e nas entubadas. Relativamente aos fatores dificultadores no que concerne ao diagnóstico da dor, os participantes mencionaram a dificuldade em compreender a diferença entre dor e desconforto e a grande variabilidade das respostas à dor, facto inerente à complexidade e subjetividade do fenómeno dor.

O não existir um marcador bioquímico ou indicador específico da dor, leva os enfermeiros a recorrer a um conjunto de co-indicadores de dor para avaliar a sua presença ou ausência. A esta limitação acresce a impossibilidade de autorrelato por parte do lactente tornando ainda mais complexo e difícil a avaliação da dor neste período da vida. Desprovido de capacidade de comunicação verbal, o lactente recorre à comunicação não verbal para se expressar. Concluímos que os inquiridos estão atentos e valorizam este tipo de comunicação na avaliação da dor do lactente, pois mencionaram avaliar e parametrizar os parâmetros fisiológicos e comportamentais manifestados pelo lactente. A nível dos parâmetros comportamentais, a expressão facial e a agitação são os indicadores que mais enfermeiros referiram usar sempre. Os parâmetros fisiológicos foram menos referenciados, em termos frequenciais, pelos profissionais questionados, sendo o sono o parâmetro que mais inquiridos reportaram usar sempre com o objetivo de avaliar a presença de dor.

Saber quantificar a dor é o primeiro passo para a sua correta gestão. O papel dos enfermeiros na gestão da dor faz parte integrante das funções autónomas da profissão, assim como, das

suas responsabilidades. O uso de escalas válidas e adequadas à população em estudo potencia a segurança e eficácia dos cuidados. Na nossa investigação, a maioria dos participantes referiu que utiliza escalas de avaliação da dor pediátrica, sendo a de Lausanne, a Behavior e a FLACC as mais utilizadas. O uso da escala de Lausanne, pouco comum, na maioria das UCINP é devida a recomendação da instituição.

As escalas constituem a principal e a mais recomendada das ferramentas para avaliar a dor. Quanto ao seu tratamento os enfermeiros dispõem de dois tipos de métodos, sendo eles o farmacológico e não farmacológico.

As intervenções do enfermeiro são de dois tipos, autónomas e interdependentes. Mas, mesmo nas intervenções do tipo interdependente, há autonomia dos enfermeiros, pois eles têm que se corresponsabilizar pelas suas intervenções. O recurso a manipulação mínima, massagem, toque terapêutico e musicoterapia são algumas intervenções que contribuem para uma sinergia entre o lactente e o ambiente de cuidados intensivos, e apesar de não serem valorizados em situações específicas de exposição “aguda” à dor, representam um fundo de ação na sua prevenção e controlo.

Os participantes do estudo consideraram que são autónomos na prescrição de medidas não farmacológicas para a gestão da dor. Relativamente aos procedimentos utilizados pelos profissionais de enfermagem no controlo da dor do lactente, a maioria dos participantes afirmou que as primeiras intervenções que implementa são as não farmacológicas, sendo as mudanças de decúbito e a sucção não nutritiva as técnicas que mais enfermeiros reportaram usar sempre ou quase sempre, e a massagem a que referiram usar menos e também a que mais enfermeiros mencionaram nunca usar. A punção venosa e a introdução de cateter periférico são os procedimentos que mais enfermeiros referiram realizar sempre com recurso a medidas não farmacológicas para controlo da dor, sendo a aspiração de secreções a intervenção de enfermagem que mais enfermeiros mencionaram nunca realizar com recurso a estas medidas. A utilização de medidas farmacológicas para controlo da dor foi relacionada com a situação clínica do lactente, e os procedimentos médicos são os que mais participantes referiram realizar sempre ou quase sempre após a administração destas medidas. Podemos concluir que os profissionais de enfermagem que participaram neste estudo, detêm conhecimento do efeito potenciador da analgesia quando usada em simultâneo com as medidas farmacológicas e não farmacológicas, pois a maioria referiu recorrer a ambas na tentativa de minimizar a dor dos lactentes na realização de procedimentos passíveis de a provocar. O uso cada vez mais frequente de estratégias não farmacológicas nas UCIN é uma realidade, mas cada vez mais a sua utilização exclusiva se marginaliza.

Na procura de soluções para melhorar os conhecimentos sobre dor e otimizar a sua gestão no lactente hospitalizado em UCINP, consideramos relevante apostar na formação sobre esta temática a nível formação inicial e especializada, formação contínua realizada nos serviços,

assim como, desenvolver mais investigação na área, para promover o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência.

Consideramos ter alcançado todos os objetivos que nos propusemos, permitindo, assim, compreender a valorização e a gestão que os enfermeiros fazem da dor no lactente internado em UCIN, e também, os principais fatores que apontam como dificultadores na gestão deste fenómeno.

Pensamos partilhar os resultados nas unidades em que realizámos o estudo, pois consideramos benéfico para a criação de momentos de reflexão/discussão, úteis para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem prestados a estes clientes com necessidade tão premente de cuidados de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHN, Y. - The relationship between behavioral states and pain responses to various NICU procedures in premature infants. *Journal of Tropical Pediatrics*, Vol. 52(3), 2006, p. 201-205;
- AHN, Y.; JUN, Y. - Measurement of pain - like response to various NICU stimulants for high-risk infants. *Early Hum Dev.*, Vol. 83(4), 2007, p. 255-262;
- ALMEIDA, M. C. B. M. - *Stress e Qualidade de Vida dos Doentes nos Cuidados Intensivos*. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2002. Dissertação de Mestrado;
- ALVES, F.; [et al.] - Dor Neonatal: *A Percepção da Equipe de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Revista Cuidarte, Colombia [Em linha]. 2013, 4 (1), [Consult. 3 Jul. 2017]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/11/107>;
- AMARAL, J.B; [et al.] - Equipe de Enfermagem Diante da Dor do Recém-Nascido Pré-termo. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery.*, Vol. 18(2), 2014, p. 241-246;
- ANAND, J.K.S; [et al] - *Pain and its effects in the human neonate and fetus*. The New England Journal of Medicine, Boston, MA [Em linha]. 1987, 317(2), p. 1321-1329, [Consult. 1 Fev. 2016]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.cirp.org/library/pain/anand/>;
- ARAÚJO, G. C.; [et al.] - Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. *Revista Baiana de Enfermagem*, Vol. 29(3), 2015, p. 261-270;
- ASLAN, F. E.; BADIR, A.; SELIMEN, D. - How Do Intensive Care Nurses Assess Patient's Pain? *Nursing in Critical Care*, Vol. 8(2), 2003, p. 62-67;
- BATALHA, L. - *Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década*. Saúde & Tecnologia, Coimbra [Em linha]. 2013, p. 16-21, [Consult. 1 Fev. 2017]. Disponível em WWW:<URL: https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf;
- BATALHA, L.; & MENDES, V. - Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised (FLACC-R). *Revista de Enfermagem Referência*, Vol. 3(11), 2013, p. 7-17;
- BATALHA, L. - *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lisboa: LIDEL, 2010;

- BATALHA, L.; [et al.] - A Utilização de Anestésico Tópico na Triagem da Urgência Pediátrica: Estudo dos Critérios Preditivos da Punção Venosa. *Revista Dor*, Vol. 17(2), 2009, p. 11-17;
- BATALHA, L.; [et al.] - Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediatr Port.*, Vol. 38(4), 2007, p. 144-151;
- BEACHAM, P.S. - Behavioral and physiological indicators of procedural and postoperative pain in high-risk infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, Vol. 33(2), 2004, p. 246-255;
- BUENO, M.; COSTA, P.; OLIVEIRA, A. A.; CARDOSO, R.; & KIMURA, A.F. - Tradução e Adaptação do Premature Infant Pain Profile para a Língua Portuguesa. *Texto Contexto Enferm.*, Vol. 22(1), 2013, p. 29-35;
- BUENO, M.; KIMURA, A.F.; PIMENTA C.A. - Pharmacological analgesia in neonates undergoing cardiac surgery. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.*, Vol. 16(4), 2008, p. 727-732;
- CAMELO, N.; PAISANA, A. - A Música como Terapia Complementar em Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, Vol. 5, 2006, p. 59-64 ;
- CARBAJAL, Ricardo - *Prise en Charge de la Douleur des Jeunes Enfants : Nouveau-Nés et Nourrissons*. MAPAR, Paris [Em linha]. 2007, p. 437-444, [Consult. 3 Jul. 2016]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.mapar.org/article/pdf/692/Prise%20en%20charge%20de%20la%20douleur%20des%20jeunes%20enfants%C2%A0:%20nouveau-n%C3%A9s%20et%20nourrissons.pdf>;
- CARBAJAL, R. ; [et al.] - DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. *Archives Pédiatrie*, Vol. 4(7), 1997, p. 623-628 ;
- CHEEVER, K. H. - Reducing The Effects of Acute Pain In Critically Ill Patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, Vol. 18(3), 1999, p. 14-23;
- CHRISTOFFEL, M. M.; [et al.] - *Conhecimento dos Profissionais de Saúde na Avaliação e Tratamento da Dor Neonatal*. Rev Bras Enferm., Brasília [Em linha]. 2016, 69(3), p. 516-522, [Consult. 20 Mar. 2017]. Disponível em WWW:<URL: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690319j>;
- CIGNACCO, E. ; [et al.] - The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates: A systematic literature review. *European Journal of Pain*, Vol.11, 2007, p. 139-152;
- CRUZ, C.; STUMM, E. - *Instrumentalização e implantação de escala para avaliação da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Revista Dor, São Paulo [Em linha]. 2015, 16(3), [Consult. 23 Nov. 2016]. Disponível em WWW:<URL:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132015000300232&script=sci_arttext&lng=pt;

- DANTAS, L.V.; DANTAS, T.S.; SANTANA-FILHO, V.J.; AZEVEDO-SANTOS, I.F.; & SANTANA, J.M. - *Avaliação da dor durante coleta de sangue em crianças sedadas e submetidas à ventilação mecânica*. Rev Bras Ter Intensiva [Em linha]. 2016, 28(1), p. 49-54, [Consult. maio 2017]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n1/0103-507X-rbti-28-01-0049.pdf>;

- DEBILLON, T. ; [et al.] - Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, Vol. 85(1), 2001, p. 36-41;

- DEBILLON, T. ; [et al.] - Semilogie de la douleur chez le prématuré. *Archives Pédiatriques*, Vol. 1(12), 1994, p. 1085-1092;

- *Dicionário infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico*. Porto: PORTO EDITORA, 2003-2017. [Em linha] [Consult. 23 Abr. 2017]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/lactente>;

- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Direcção-Geral de Saúde, 2010. [Em linha] [Consult. 5 Jun 2016]. Disponível em WWW:<URL: http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf;

- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa. Portugal: Direcção-Geral da Saúde, 2008. [Em linha] [Consult. 5 Jun. 2016]. Disponível em WWW:<URL: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FSsExxkrYcMJ:https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11dscsdpcd-de-18062008-pdf.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>;

- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) - *A Dor como 5º sinal vital - Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direcção-Geral de Saúde, 2003. [Em linha] [Consult. 5 Jun 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.myos.com.pt/files/circular5sinalvital.pdf>;

- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) - *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Portugal: Direcção-Geral da Saúde, 2001. [Em linha] [Consult. 3 Jul. 2016]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-controlo-da-dor.aspx>;

- Duhn L.J.; Medves J.M. - A systematic integrative review of infant pain assessment tools. *Adv Neonatal Care*, Vol. 4(3), 2004, p. 126-140;

- FERBER, S. G.; MAKHOUL, I. R. - Neurobehavioral assessment of skin-to-skin effects on reaction to pain in preterm infants: a randomized, controlled within-subject trial. *Acta Paediatrica*, Vol. 97(2), 2008, p. 171-176;
- FERNANDES, A. - Dor Neonatal: Consequências Imediatas e a Longo Prazo. *Dor*, 15, 2007, p. 22-26;
- FIGUEIREDO, C. I. P. - *Estratégias não Farmacológicas ao Cuidar da Criança com Dor*. Guarda: Escola superior de Saúde Instituto Politécnico da Guarda, 2016. Dissertação de Mestrado. [Em linha] [Consult. 3 Fev. 2017]. Disponível em WWW:<URL:<http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3587/1/E%20SIP%20-%20Cristina%20I%20P%20Figueiredo.pdf>>;
- FINE, P.; PORTENOY, R. - *Guia Clínico de Analgesia Opióide*. Algés: EUROMÉDICE - Edições Médicas, Lda, 2005;
- FORTIN, M.-F.; CÔTÉ, J.; FILION, F. - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. 1ª ed. Loures: LUSODIDACTA, 2009;
- FOURNIER-CHARRIÈR, É. - *La douleur laisse-t-elle des traces chez le bébé?* Spirale. [Em linha]. 2007, 42(2), p. 34-48, [Consult. 3 Jul. 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.cairn.info/revue-spirale-2007-2-page-34.htm>>;
- GLOVER, V.; FISK, N.M. - *Fetal pain: implications for research and practice*. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. [Em linha]. 1999, 106, p. 881-886, [Consult. 1 Fev. 2016]. Disponível em WWW:<URL:https://www.nrlc.org/archive/abortion/Fetal_Pain/BJOGfetalpain1999.pdf>;
- GUINSBURG, R.; [et al.] - Behavioral pain scales assessment in neonates. *Journal of Pediatrics*, Vol. 73(6), 1997, p. 411-8;
- HOCKENBERRY, M.; WILSON, D. - *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª ed. Volume I. New York: ELSEVIER Inc., 2014;
- HÔPITAUX UNIVERSITAIRES GENÈVE (HUG) - *Reseau douleur : Echelle de Lausanne - Evaluation de la douleur et/ou de l'inconfort chez l'enfant (néonatalogie)*. HUG, Suíça, 2016a [Em linha] rev. Abr. 2016 [Consult. 28 Jan. 2017]. Disponível em WWW:<URL:http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur/_documents/le-bon-outil/echelle_lausanne_utilisation.pdf>;
- HÔPITAUX UNIVERSITAIRES GENÈVE (HUG) - *Echelle Comfort Behavior : évaluation de la douleur et sédation chez l'enfant et le nouveau-né en réanimation*. HUG, Suíça, 2016b [Em linha] rev. Abr. 2016 [Consult. Jan. 2017]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.hug-](http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur/_documents/le-bon-outil/echelle_lausanne_utilisation.pdf)

ge.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur/_documents/le-bon-outil/echelle_comfort_b_outils.pdf;

- HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS ILE-DE-FRANCE OUEST - *Guide d'Évaluation de la Douleur: Recommandations du CLUD pour l'évaluation d'une douleur aigue ou chronique chez l'adulte et l'enfant hospitalisé*. Hôpitaux Universitaires Paris Ile-De-France Ouest, Paris, 2013. [Em linha] [Consult. 5 Fev. 2017]. Disponível em WWW:<URL:https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/Guide_evaluation_de_la_douleur_GH-janvier_2013-verrou.pdf>;

- HUMMEL, P.; [et al.] - Clinical reliability and validity of the N-PASS: neonatal pain, agitation and sedation scale with prolonged pain. *Journal of Perinatology*, Vol. 28(1), 2008, p. 55-60;

- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP) - *IASP Taxonomy*. International Association for the Study of Pain, EUA, 2012. [Em linha] [Consult. Mai. 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>>;

- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros, Portugal, 2011. [Em linha] [Consult. 28 Jan. 2017]. Disponível em WWW:<URL:http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDEQFjAD&url=http%3A%2F%2Fassociacaoamigosdagrandeidade.com%2Fwp-content%2Fuploads%2Ffilebase%2Fguias-manuais%2FORDEM%2520ENFERMEIROS%2520cipe.pdf&ei=jwaYVPtMoSrU_-Ag-AL&usq=AFQjCNHt_lmTPJ1ItzSzRtaMcInduPHxBw&bvm=bv.82001339,d.d24>;

- KAZANOWSKI, K. M.; LACCETI, S. M. - *Dor, Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2005;

- KEGLER, J.J.; [et al.] - Manejo Da Dor Na Utilização Do Cateter Central De Inserção Periférica Em Neonatos. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, Vol. 20(4), 2016;

- KWEKKEBOOM, K. L.; HERR, K. - Assessement of Pain in the Critically Ill. *Critical Care Nursig Clin North Am.*, Vol.13(2), 2001, p. 181-194;

- LACERDA, A. F. - Dor na Criança com Doença Oncológica - um Projeto de Aplicação Prática. *Revista Dor*, Vol. 17(2), 2009, p. 24-34;

- LAGO, P.; [et al.] - Guidelines for procedural pain in the newborn. *Acta Paediatrica.*, Vol. 98(6), 2009, p. 932-939;

- LAWRENCE, J.; [et al.] - The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Netw.*, Vol. 12(6), 1993, p. 59-66;

- LEITE, A. M.; [et al.] - Effects of breastfeeding on pain relief in full-term newborns. *The Clinical Journal of Pain*, Vol. 25(9), 2009, p. 827-832;
- LINHARES, M., B., M.; DOCA, F., N., P. - *Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas*. Temas em Psicologia [Em linha]. 2010, 18(2), [Consult. 2 Fev. 2017]. Disponível em WWW:<URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200006;
- MARTER, L. J.; PRYOR, C. C. - *Tratamento da Dor e do Estresse na UTIN*. 2005. In CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. E.; STARK, A. R. - *Manual de Neonatologia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2005, p. 603-614;
- MARTINS, S. W.; [et al.] - Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Dor*, Vol. 14(1), 2013, p. 21-26;
- MELO, G. M.; [et al.] - *Escala de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa*. Revista Paulista de Pediatria [Em linha]. 2014, 32(4), p. 395-402, [Consult. 2 Fev. 2017]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058214000197>;
- MELO, L.; PETTENGILL, M. - Dor na Infância: Atualização Quanto à Avaliação e Tratamento. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.*, Vol. 10(2), 2010, p. 97-102;
- MELZACK, R.; WALL, P. - Pain Mechanisms : A New Theory. *Science*, Vol. 150(3699), 1965, p. 971-979;
- METZGER, C.; MULLER, A.; SCHWETTA, M.; & WALTER, C. - *Cuidados de enfermagem e dor: Avaliação da dor; Modalidades de tratamento; Psicologia do doente*. Loures: LUSOCIÊNCIA, 2002;
- MEYER, S.; [et al.] - Sedation and analgesia for brief diagnostic and therapeutic procedures in children. *European Journal of Pediatrics*, Vol. 160(10), 2007, p. 291-302;
- MORENO, A.S.M.S. - *O controlo da dor em neonatologia: intervenções não farmacológicas*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado;
- MOTTA, G.; CUNHA, M. - Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Rev Bras Enferm.*, Vol. 68(1), 2015, p. 131-135;
- NASCIMENTO, H. - *A Dor no Recém-Nascido numa UCI: Concepções e Práticas de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado;
- NASCIMENTO, L. - *Comunicação de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal: decodificação por enfermeiros*. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, 2013. Dissertação de Mestrado;

- OLIVEIRA, T. M. - *Análise psicofísica da escala multidimensional de dor Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS) em recém-nascidos*. Brasília: Hospital Regional da Asa Sul, 2011. Monografia. [Em linha] [Consult. 2 Fev. 2017]. Disponível em WWW:<URL:http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Dor_Neonatal_N-PASS.pdf;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE)- **Deontologia Profissional de Enfermagem** [Em linha]. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, Conselho Jurisdicional, 2015a [Consult. 25 Jul. 2016]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LibroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf>. ISBN 978-989-8444-30-1;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Estatuto da Ordem dos enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 2015b. [Em linha] [Consult. 17 Fev. 2017]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 2010. [Em linha] [Consult. 17 Fev. 2017]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008;
- PÉDIADOL - *La douleur de l'enfant : Comfort et Comfort-B*. Pédiadol, França, 2015. [Em linha] [Consult. 28 Jan. 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.pediadol.org/Echelle-Comfort.html>;
- PÉDIADOL - *La douleur de l'enfant : EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né)*. Pédiadol, França, 2015a. [Em linha] [Consult. 29 Jan. 2016]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.pediadol.org/Grille-de-douleur-et-d-inconfort,12.html>;
- PÉDIADOL - *La douleur de l'enfant: FLACC: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*. Pédiadol, França, 2012. [Em linha] [Consult. 30 Jan. 2017]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.pediadol.org/FLACC-Face-Legs-Activity-Cry,917.html>;
- PHIPPS, W. J.; LONG, B.C.; WOODS, N. F. - *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica*. Lisboa: LUSODIDACTA, 1990;
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004;

- REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) - *Assessment and Management of Pain*. 3rd ed. RNAO, Toronto, 2013. [Em linha] [Consult. 17 Jun. 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain2014.pdf>>;
- REIS, G. - Avaliação e Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais: Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista Dor*, Vol. 17(2), 2009, p. 18-23;
- RIEMAN, M. T.; GORDON, M. - Pain management competency evidenced by a survey of pediatric nurses' knowledge and attitudes. *Pediatr Nurs.*, Vol. 33(4), 2007, p. 307-312;
- SALE, S.; WOLF, A. - *Analgesia*. In: Robertson's Textbook of Neonatology. (ELSEVIER CHURCHILL LIVINGSTONE, 4^a edição.), 2005, p. 423-432;
- SCHARDOSIM, J.; MOTTA, G.; & CUNHA, M. - *Neonatal Infant Pain Scale: Cross-Cultural Adaptation and Validation in Brazil*. Journal of Pain and Symptom Management [Em linha]. 2015, 50(3), p. 394-401, [Consult. 27 Jan. 2017]. Disponível em WWW:<URL:<http://openaccess.city.ac.uk/12396/9/Cross-Cultural%20Adaptation%20of%20NIPS%20revised%20Manuscript%20number%20JPS-D-14-00391.pdf>>;
- SILVA, P.T; & SILVA, L.J. - Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido: Revisão sistemática. *Acta Med Port.*, Vol. 23(3), 2010, p. 437-454;
- SILVA, Y.P.; [et al.] - Avaliação da Dor em Neonatologia. *Revista Brasileira Anestesiologia*, Vol. 57(5), 2007, p. 565-574;
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. Consensos e Recomendações - *Analgesia e sedação no recém-nascido*. Vol. 37, p. 168-173. Acta Pediátrica Portuguesa, 2006;
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉTUDE ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR (SFETD) - *Echelle Comfort et Comfort Behavior*. SFETD, França, (s.d). [Em linha] [Consult. 27 Jan. 2017]. Disponível em WWW:<URL:http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/evaluation/enfant/notice_echelle_comfort_behavior.pdf>;
- SOLANA, M.J; [et al.] - Assessment of Pain in Critically ill Children. Is Cutaneous Conductance a Reliable Tool ? *Jornal of Critical Care*, Vol.30, 2015, p. 481-485;
- STANLEY, M.; POLLARD, D. - Relationship Between Knowledge, Attitudes, and Self-Efficacy or Nurses In the Management of Pediatric Pain. *Pediatric Nursing*, Vol. 39(4), 2013, p. 165-171 ;
- STANNARD, D.; [et al.] - Clinical Judgement and Management of Postoperative Pain in Critical Care Patients. *American Journal Critical Care*, Vol. 5(6), 1996, p. 433-441;

- STEVENS, B.; [et al.] - The premature infant pain profile: evaluation 13 years after development. *Clin J Pain*, Vol. 26(9), 2010, p. 813-830;
- STEVENS, B.; [et al.] - Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. *Clin J Pain*, Vol. 12(1), 1996, p. 13-22;
- TADDIO, A.; & Katz, J. - The effects of early pain experience in neonates on pain responses in infancy and childhood. *Pediatric Drugs*, 2005, p. 245-257;
- TADDIO, A.; [et al.] - Conditioning and Hyperalgesia in Newborns Exposed to Repetead Heel Lances. *Journal of American Medical Asssociation*, Vol. 288(7), 2002, p. 857-861;
- TAYLOR, E.; BOYER, C.; CAMPBELL, F. - *Pain in hospitalized children: A prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital*. Pain Research and Management [Em linha]. 2008, 13(1), p. 25-32, [Consult. 30 Mar. 2017]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2670807/>>;
- THUKRAL, A.; [et al.] - Kangaroo mother care: An alternative to conventional care. *Indian Journal of Pediatrics*, Vol. 75(5), 2008, p. 497-503;

Anexos

Anexo I - Neonatal/Infant Pain Scale NIPS

Neonatal/Infant Pain Scale (NIPS)

(Recommended for children less than 1 year old) – A score greater than 3 indicates pain.

Pain Assessment		
Facial Expression		
0	Relaxed muscles	Restful face, neutral expression
1	Grimace	Tight facial muscles; furrowed brow, chin, jaw, (negative facial expression-nose, mouth and brow)
Cry		
0	No Cry	Quiet, not crying
1	Whimper	Mild moaning, intermittent
2	Vigorous Cry	Loud scream; rising, shrill, continuous (Note: Silent cry may be scored if baby is intubated as evidenced by obvious mouth and facial movement.
Breathing Patterns		
0	Relaxed	Usual pattern for this infant
1	Change in Breathing	Indrawing, irregular, faster than usual; gagging; breath holding
Arms		
0	Relaxed/Restrained	No muscular rigidity; occasional random movements of arms
1	Flexed/Extended	Tense, straight arms; rigid and/or rapid extension, flexion
Legs		
0	Relaxed/Restrained	No muscular rigidity; occasional random leg movement
1	Flexed/Extended	Tense, straight legs; rigid and/or rapid extension, flexion
State of Arousal		
0	Sleeping/Awake	Quiet, peaceful sleeping or alert random leg movement
1	Fussy	Alert, restless, and thrashing

From Lawrence J, Alcock D, McGrath P, et al: The development of a tool to assess neonatal pain, *Neonatal Network* 12:59-65, 1993. Copyright © 2005 by Mosby, Inc. All rights reserved.

Ref :https://content.baptisthealth.net/healthstream/Pain_Mgmt/Linked%20files/NIPS%20Assessment%20Tool.pdf

Anexo II - Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - FLACC

ÉCHELLE FLACC : Face Legs Activity Cry Consolability

Élaborée pour évaluer la douleur postopératoire chez l'enfant de 2 mois à 7 ans

Validée pour mesurer la douleur des soins de 5 à 16 ans – Utilisable pour mesurer la douleur des soins de la naissance à 18 ans **Chaque item est coté de 0 à 2 – Score de 0 à 10**

		Date						
		Heure						
			Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin	Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin
VISAGE	0 Pas d'expression particulière ou sourire 1 Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé 2 Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton							
JAMBES	0 Position habituelle ou détendue 1 Gêné, agité, tendu 2 Coups de pieds ou jambes recroquevillées							
ACTIVITÉ	0 Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement 1 Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu 2 Arc-bouté, figé, ou sursaute							
CRIS	0 Pas de cris (éveillé ou endormi) 1 Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle 2 Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes							

CONSOLABILITÉ	0	Content, détendu					
	1	Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Peut être distrait					
	2	Difficile à consoler ou à réconforter					
	SCORE TOTAL						
OBSERVATIONS							

Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC : a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nursing* 1997 ; 23 : 293-7.

Traduction par l'équipe de l'Unité d'évaluation et de traitement de la douleur, Centre hospitalier universitaire Robert Debré, Paris, France.

Contre-traduction par le Dr Marie-Claude Grégoire, IWK Health Center, Dalhousie University, Halifax, Canada et par le Dr Peter Jones, Centre hospitalier universitaire Robert Debré, Paris, France.

Il existe une présentation pour la douleur des soins (mêmes items) et une version pour la personne avec handicap cognitif (items un peu différents).

Instructions au verso

Instructions

Patients éveillés : Observer pendant au moins 2 à 5 minutes. Observer les jambes et le corps découverts. Repositionner le patient ou observer sa motricité, évaluer la rigidité et le tonus. Consoler le patient si nécessaire.

Patients endormis : Observer pendant au moins 5 minutes ou plus. Observer les jambes et le corps découverts. Si possible repositionner le patient. Toucher le corps et évaluer sa rigidité et son tonus.

Visage

Cotez 0 si le patient a un visage détendu, un contact visuel et s'il manifeste de l'intérêt pour son environnement.

Cotez 1 si le patient a une expression du visage anxieuse, les sourcils froncés, les yeux mi-clos, les pommettes surélevées, la bouche pincée. Cotez 2 si le patient a des plis marqués sur le front (le front très crispé) et les yeux fermés, les mâchoires serrées ou la bouche ouverte et des sillons naso-labiaux accentués.

Jambes

Cotez 0 si le patient a une motricité et un tonus habituels au niveau des membres (jambes et bras).

Cotez 1 si le patient a un tonus augmenté, une rigidité, une tension, des mouvements de flexion-extension intermittents des membres.

Cotez 2 si le patient a une hypertonicité, les jambes raides, des mouvements de flexion-extension des membres exagérés, des trémulations. **Activité**

Cotez 0 si le patient se mobilise facilement et librement, s'il a une activité motrice habituelle.

Cotez 1 si le patient change fréquemment de position ou au contraire hésite à bouger, si le torse est raide, si une partie du corps est tendue. Cotez 2 si le patient est figé ou au contraire se balance, bouge sa tête de part et d'autre, frotte une partie de son corps. **Cris**

Cotez 0 si le patient n'émet aucun cri ou gémissement, qu'il soit éveillé ou endormi.

Cotez 1 si le patient gémit, crie, pleure ou soupire de temps en temps.

Cotez 2 si le patient gémit, crie ou pleure fréquemment ou continuellement.

Consolabilité

Cotez 0 si le patient est calme et n'a pas besoin d'être consolé.

Cotez 1 si le patient est réconforté par le toucher ou la parole en 30 à 60 secondes.

Cotez 2 si le patient a besoin d'être réconforté en permanence ou ne peut être consolé.

À chaque fois qu'il est possible, l'évaluation comportementale de la douleur doit être associée à une autoévaluation. Quand celle-ci est impossible, l'interprétation des manifestations comportementales de la douleur et la prise de décision thérapeutique nécessitent une analyse attentive du contexte dans lequel les manifestations de douleur ont été observées. Chaque item est coté de 0 à 2, ce qui donne un score total entre 0 et 10 : 0 = détendu et confortable

1-3 = léger inconfort

4-6 = douleur modérée

7-10 = douleur sévère ou inconfort majeur

Ref : https://www.pediadol.org/IMG/pdf/FLACC_soins.pdf

Anexo III - Escala de Lausanne



Réseau douleur

Echelle de Lausanne: évaluation de la douleur et /ou de l'inconfort chez l'enfant (néonatalogie)

Nom, Prénom:

Date :

Heures :

SOMMEIL									
> S'endort facilement, sommeil prolongé, sommeil calme ou phase d'éveil physiologique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> S'endort difficilement	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> N'arrive pas à s'endormir	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RECONFORT									
> < 1 min. pour être calmé	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> < 2 min. pour être calmé	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> > 2 min. pour être calmé	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> > 5 min. pour être calmé	3	3	3	3	3	3	3	3	3
SUCCION									
> Forte, rythmée, apaisante	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Forte, interrompue par les pleurs	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Refusée	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Sucction absente chez bébé réveillé	3	3	3	3	3	3	3	3	3
COULEUR DE PEAU									
> Rose	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Légèrement pâle, éventuellement marbrée ou rouge d'énervement	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Marbrée, cyanosée	2	2	2	2	2	2	2	2	2
EXPRESSION DU VISAGE									
> Visage détendu	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Agitation transitoire, assez souvent calme	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Agitation fréquente, mais retour au calme possible	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Crispation permanente ou visage prostré, figé	3	3	3	3	3	3	3	3	3
EXPRESSION CORPORELLE									
> Corps détendu	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Agitation transitoire, assez souvent calme	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Agitation fréquente, mais retour au calme possible	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée avec corps figé	3	3	3	3	3	3	3	3	3
FREQUENCE CARDIAQUE									
> Normale par rapport à sa ligne de base	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Augmentée de ≥ 20 par rapport à sa ligne de base et retour à sa ligne de base rapide	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Augmentée de ≥ 20 par rapport à sa ligne de base sans retour à sa ligne de base	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Clairement augmentée de ≥ 35 ou plus de bradycardies qu'habituellement	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RESPIRATION									
> Normale, calme par rapport à sa ligne de base	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> Superficielle, tirage augmenté ≥ 10 par rapport à sa ligne de base	1	1	1	1	1	1	1	1	1
> Clairement augmentée ≥ 20 par rapport à sa ligne de base	2	2	2	2	2	2	2	2	2
> Clairement augmentée ≥ 30 ou plus d'apnées qu'habituellement	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Score									

Avril 2016

Ref. HUG 2016

Anexo IV - Escala Comfort Behavior

Echelle Comfort Behavior : évaluation de la douleur et sédation chez l'enfant et le nouveau-né en réanimation

Nom – Prénom :

Date :

Heure :

Eveil					
1	Profondément endormi				
2	Légèrement endormi				
3	Somnolent				
4	Eveillé et vigilant				
5	Hyper attentif				
Calme ou agitation					
1	Calme				
2	Légèrement anxieux				
3	Anxieux				
4	Très anxieux				
5	Paniqué				
Ventilation					
1	Pas de ventilation spontanée, pas de toux				
2	Ventilation spontanée avec peu ou pas de réaction au respirateur				
3	Lutte contre le respirateur ou touse occasionnellement				
4	Lutte activement contre le respirateur ou touse régulièrement				
5	S'oppose au respirateur, touse ou suffoque				
Mouvements					
1	Absence de mouvement				
2	Mouvements légers, occasionnels				
3	Mouvements légers, fréquents				
4	Mouvements énergiques, uniquement aux extrémités				
5	Mouvements énergiques incluant le torse et la tête				
Tonus musculaire soulever, fléchir et étendre un muscle pour l'évaluer					
1	Muscles totalement décontractés, aucune tension musculaire				
2	Tonus musculaire diminué				
3	Tonus musculaire normal				
4	Tonus musculaire augmenté avec flexion des doigts et des orteils				
5	Rigidité musculaire extrême avec flexion des doigts et des orteils				
Tension du visage					
1	Muscles du visage totalement décontractés				
2	Tonus des muscles du visage normal, aucune tension visible				
3	Contracture évidente de quelques muscles du visage				
4	Contracture évidente de l'ensemble des muscles du visage				
5	Muscles du visage contracturés et grimaçants				
Score					

Avril 2016

Ref. HUG 2016

Anexo V - Questionário (Versão Portuguesa)

QUESTIONÁRIO

“A Dor na UCINP: conceções e práticas dos enfermeiros na gestão da dor em crianças no 1º ano de vida”

(Preencha os espaços vazios (____) ou assinale com uma [x] nos respetivos lugares de acordo com a sua resposta).

I. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

1. Idade: ____
2. Sexo:
Masculino ☐ feminino ☐
3. Formação académica:
 - a) Ano de Licenciatura ____
 - b) Formação pós-licenciatura (especialidade, mestrado, doutoramento,...) _____
4. Há quantos anos exerce em cuidados intensivos pediátricos ____
5. Trabalhou num serviço de pediatria antes de vir para os cuidados intensivos pediátricos Sim ☐ Não ☐ Se sim durante quantos anos ____
6. Recebeu formação específica na gestão da dor no lactente
Sim ☐ Não ☐
Se sim quando:
Licenciatura ☐
Especialização ☐
Auto-formação ☐
(assinale com uma [x] a ou as respostas correspondentes)
- a) Há quantos anos teve a sua última formação sobre dor na criança _____
7. Refira por ordem de prioridade 3 procedimentos que considere relevantes no controlo da dor no lactente.

II. A DOR NO RECÉM NASCIDO E NO LACTENTE NUMA UCINP: CONCEÇÕES E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

1. Assinale nas frases que se seguem a sua concordância Sim: [x] ou discordância Não: [x]

O lactente tem menor capacidade de sentir dor, do que a criança mais velha	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
O lactente tem menor capacidade de sentir dor, do que o RN pré-termo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
O RN prematuro tem menor capacidade de sentir dor, do que o RN de termo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
A dor no lactente é passível de ser previsível	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
É fácil reconhecer e avaliar as situações dolorosas no lactente	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

2. No lactente, a administração de terapêutica analgésica é contraindicada ou restrita devido à:

(assinale com uma [x] a ou as respostas correspondentes)

Imaturidade dos órgãos e sistemas ☐

Imprevisibilidade dos efeitos colaterais ☐

Outra ☐ -> desenvolva:

-
3. Considera a gestão do fenómeno dor como sendo parte do papel autónomo do enfermeiro

Sim ☐ Não ☐

- 4 No serviço onde trabalha, está protocolado a avaliação da dor no lactente

Sim ☐ Não ☐

5. Com que frequência avalia o parâmetro dor no lactente

Hora a hora	De 2 em 2 horas	De 3 em 3 horas	Uma vez por turno	Outro (especifique)

6. Realiza a avaliação da dor no RN através de

Parâmetros Comportamentais	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Expressão facial					
Choro					
Agitação					
Expressão corporal					
Tônus muscular					
Postura					
Estado de consciência					
Irritabilidade					
Apatia					
Tensão/ /relaxamento muscular					

Parâmetros Fisiológicos	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Alteração de sinais vitais					
Sono					
Saturação de oxigénio					
Parâmetros biológicos					
Alterações clínicas					

7. Quando avalia a dor no lactente, recorre a escalas

Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca

7.1. Se utiliza Escalas, diga qual ou quais

7.2. Utiliza sempre a mesma escala Sim ☐ Não ☐

7.3. Utiliza mais que uma escala Sim ☐ Não ☐

7.4. Se dois enfermeiros procederem à avaliação da dor, no mesmo doente, no mesmo momento e com a mesma escala, obterão ambos os mesmos resultados?

Sim ☐ Não ☐

Porquê: _____

8. A prescrição médica quanto ao tratamento da dor refere-se a

Medidas farmacológicas	Medidas não farmacológicas
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

9. Na sua opinião o lactente tem memória para a dor Sim ☐ Não ☐

10. Avalia a dor quando o lactente apresenta alteração num dos seguintes parâmetros

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Frequência cardíaca					
Frequência respiratória					
Pressão arterial					
Choro					
Expressão facial					
Postura					
Agitação/Apatia					
Saturação de oxigénio					

11. Tem dificuldade em interpretar os sinais indicadores de dor no lactente

Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca

12. Assinale qual é a sua **primeira intervenção** para o controlo/ tratamento da dor no lactente

Farmacológica ☐ Não Farmacológica ☐

13. No serviço onde trabalha estão protocoladas as intervenções no controlo/tratamento da dor no lactente Sim ☐ Não ☐

Se sim, em que métodos se baseia

Farmacológico	Não farmacológico	Farmacológico e não farmacológico

14. No seu serviço, a prescrição de intervenções **não farmacológicas** é feita por (pode assinalar mais do que uma opção)

Médicos ☐

Enfermeiros ☐

Apenas por alguns médicos e/ou alguns enfermeiros ☐

15. O enfermeiro é totalmente autónomo para

15.1A **escolha** de técnicas **não** farmacológicas

Sim ☐ Não ☐

15.2O **uso** de técnicas **não** farmacológicas

Sim ☐ Não ☐

16. Quais as intervenções **não farmacológicas** que utiliza

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Mudança de decúbito					
Sucção não nutritiva					
Soluções açucaradas					
Toque terapêutico					
Massagem					

Método Canguru					
Musicoterapia					
Manipulação mínima					
Uso de ninhos					
Diminuição da luminosidade					
Contacto com a Mãe / Pai					
Outra(s)					

16.1Se “outras”, quais _____

17. Utiliza as intervenções **não farmacológicas** antes dos seguintes procedimentos passíveis de causarem dor

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Punção venosa					
Colocação de cateter arterial					
Punção do calcanhar					
Inserção de sondas (gástricas, vesicais,...)					
Aspiração de secreções					
Introdução de cateter periférico					
Introdução de cateter umbilical					
Drenagem torácica					
Entubação traqueal					
Realização de penso					
Cuidados de higiene					

18. Na sua opinião, quais os factores que influenciam a utilização de intervenções **não farmacológicas** no controlo/tratamento da dor no lactente

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Situação Clínica do lactente					
Falta de Protocolos					
Motivação					
Recursos					
Conhecimentos					
Outras					

Se respondeu outras, identifique qual ou quais

19. Perante os seguintes procedimentos passíveis de causarem dor, utiliza **intervenções farmacológicas**

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Colocação de cateter arterial					
Punção arterial					
Punção do calcanhar					
Inserção de sondas (gástricas, vesicais,...)					
Aspiração de secreções					
Introdução de cateter periférico					
Introdução de cateter umbilical					
Drenagem torácica					
Entubação traqueal					
Realização de penso					
Cuidados de higiene					

20. Após instituídas estratégias **não farmacológicas/ farmacológicas** no controlo da dor, a sua eficácia é avaliada

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Farmacológica					
Não farmacológica					

21. Na sua perspectiva, as intervenções **não farmacológicas** devem ser usadas concomitantemente com as **farmacológicas**

Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca

22. Na sua opinião, qual é o maior obstáculo para um **correcto diagnóstico** de dor no lactente hospitalizado em cuidados intensivos (Escolha uma só opção)

- O estado pré-verbal da criança..... ☐
- Ausência de indicadores específicos ☐
- A grande variabilidade das respostas à dor..... ☐
- Compreender a diferença entre dor e desconforto..... ☐
- Avaliação e quantificação da dor ☐

23. Na sua opinião, qual é o maior obstáculo ao **tratamento** adequado da dor numa unidade de cuidados intensivos (Escolha uma só opção)

- Decisão a respeito da necessidade ou não do uso de analgésico..... ☐
- As diferentes interpretações pessoais do avaliador..... ☐
- A inexistência de uma abordagem multidimensional na avaliação da dor..... ☐

- O método escolhido para avaliação da dor no RN.....☐

24. Observa ao longo do internamento do lactente na UCINP uma mudança na vivência da dor (manifestação, forma de se manifestar)

Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca

25. O fenómeno dor é analisado/ discutido na visita médica diária, realizada pelo médico e enfermeiro

Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca

26. Considera possuir ferramentas suficientes para uma avaliação e ação eficaz sobre o fenómeno dor, no lactente

Sim ☐ Não ☐

27. Na sua opinião, a exposição à dor numa fase tão precoce do desenvolvimento humano poderá provocar alterações estruturais e funcionais no lactente

Sim ☐ Não ☐

27.1Essa exposição precoce à dor terá repercussões no seu futuro de criança

Sim ☐ Não ☐

28. Para alcançar resultados mais otimizados e eficazes sobre a gestão da dor do lactente na UCINP, considera que deveria haver mais

Formação no curso de base	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Formação continua (serviço, hospital)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Especialização	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Investigação científica	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Desenvolvimento da prática	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Criação de grupos de trabalho para criar e atualizar protocolos de serviço	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

FIM

Obrigado pela sua participação

Anexo VI - Questionário (Versão Francesa)

QUESTIONNAIRE

« La douleur au sein d'une USINP, conceptions et pratiques du personnel médical infirmier dans la prise en charge/gestion de la douleur chez l'enfant, tout au long de sa première année de vie. »

(Remplir les espaces vide (____) ou mettre une [x] dans les endroits respectifs à votre réponse).

I. CARACTERISTIQUE DES PARTICIPANTS

1. Age: ____

2. Sexe :

Masculin ☐ Féminin ☐

3. Formation académique:

a) Année de formation infirmière ____

b) Nom de la formation post-grade (exemple : Master en science Infirmière ...)

4. Depuis combien d'années exercez-vous aux soins intensifs pédiatrique ____

5. Avez-vous travaillé dans un service de pédiatrie avant de venir aux soins intensifs pédiatrique

Oui ☐ Non ☐ Si OUI pendant combien de temps ____

6. Avez-vous reçu une formation spécifique sur la gestion de la douleur du nourrisson

Oui ☐ Non ☐

Si OUI quand :

Formation Infirmière ☐

Spécialisation ☐

Auto-formation ☐

(Cocher d'une [x]l'endroit où les endroits respectifs à votre réponse)

a) Quand avez -vous eu votre dernière formation sur la douleur chez l'enfant ____

7. Citer, par ordre de priorité, les 3 procédure que vous jugez pertinentes dans le contrôle de la douleur du nourrisson

II. LA DOULEUR CHEZ LE NOUVEAU NÉ ET CHEZ LE NOURRISSON EN USINP: CONCEPTIONS ET PRATIQUES INFIRMIÈRES

1. Sélectionner, dans les phrases suivantes, votre accord Oui : [x] ou désaccord Non : [x]

Le nourrisson a moins de capacité à ressentir la douleur que l'enfant plus âgé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le nourrisson a moins de capacité à ressentir la douleur que le nouveau-né pré-terme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le nouveau-né prématuré a moins de capacité à ressentir la douleur que le nouveau-né de terme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Il est possible de prévoir la douleur chez le nourrisson	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
C'est facile de reconnaître et évaluer les situations douloureuses chez le nourrisson	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

2. Chez le nourrisson, l'administration de thérapeutique analgésique est contre-indiquée ou restreinte à cause de :

(Cocher d'une [x] l'endroit où les endroits respectifs à votre réponse)

L'immaturité des organes et systèmes ☐

L'imprévisibilité des effets collatéraux ☐

Autre ☐ -> développer :

3. Vous considérez la gestion du phénomène douleur comment faisant partie du rôle autonome infirmier

Oui ☐ Non ☐

4. Dans votre service, l'évaluation de la douleur du nourrisson est-elle protocolée

Oui ☐ Non ☐

5. A quelle fréquence évaluez-vous le paramètre douleur chez le nourrisson

Aux heures	Chaque 2 heures	Chaque 3 heures	Une fois par horaire	Autre (spécifiée)

6. Vous réalisez l'évaluation de la douleur chez le nouveau-né par

Paramètres comportementaux	Toujours	Presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais
L'expression faciale					
Les pleurs					
L'agitation					
L'expression corporelle					
Le tonus musculaire					
La posture					
L'état de conscience					
L'irritabilité					
L'apathie					
La tension/relaxation musculaire					

Paramètres Physiologiques	Toujours	Presque toujours	parfois	Rarement	Jamais
L'alteration de signes vitaux					
Le sommeil					
La saturation en oxygène					
Les paramètres biologiques					
Les altérations cliniques					

7. Lors de l'évaluation de la douleur, avez-vous recours à des échelles

Toujours	Presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais

7.1. Si vous utilisez des échelles, dites laquelle ou lesquelles

7.2. Utilisez-vous toujours la même Oui ☐ Non ☐

7.3. Utilisez-vous plus d'une échelle Oui ☐ Non ☐

7.4. Si deux infirmiers procèdent à l'évaluation de la douleur, pour le même patient, au même moment et avec la même échelle, arriveront-ils aux mêmes résultats ?

Oui ☐ Non ☐

Pourquoi ?

8. En ce qui concerne le traitement de la douleur, la prescription médicale se réfère-t-elle :

Mesures pharmacologiques	Mesures non pharmacologiques
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

9. Selon vous, le nourrisson a une mémoire de la douleur Oui ☐ Non ☐

10. Évaluez-vous la douleur lorsque le nourrisson présente une altération des paramètres suivants

	Toujours	Presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais
Fréquence cardiaque					
Fréquence respiratoire					
Pression artérielle					
Pleur					
Expression faciale					
Posture					
Agitation/Apathie					
Saturation en oxygène					

11. Avez-vous des difficultés pour interpréter les signes de douleur chez le nourrisson

Toujours	Presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais

12. Quelle est votre **première intervention** pour contrôler /traiter la douleur chez le nourrisson

Pharmacologique ☐

Non pharmacologique ☐

13. Dans votre service, les interventions pour contrôler/traiter la douleur chez le nouveau-né sont elles protocolées Oui ☐ Non ☐

Si oui, sur quelles méthodes se basent-t-elle

Pharmacologique	Non pharmacologique	pharmacologique et non pharmacologique

14. Dans votre service, par qui est faite la prescription d'intervention **non pharmacologique** (vous pouvez cocher plusieurs options)

Médecins ☐

Infirmiers ☐

Par quelques médecins et/ou infirmiers ☐

15. L'infirmier est complètement autonome pour :

15.1 Le choix de la technique non pharmacologique

Oui ☐ Non ☐

15.2 L'application de la technique non pharmacologique

Oui ☐ Non ☐

16. Quelles sont les interventions **non pharmacologiques** que vous utilisez

	Toujours	Presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais
Changement de position					
Succion non nutritive					
Solutions sucrées					
Toucher thérapeutique					
Massage					
Méthode Kangourou					
Musicothérapie					
Manipulation minimale					
Utilisation de nids/coccon					
Diminution de la luminosité					
Contacts avec la mère/père					
Autres					

16. Si "autres", lesquelles _____

17. Vous utilisez les interventions **non pharmacologiques** avant les procédures suivantes, susceptibles de causer de la douleur

	Toujours	Presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais
Ponction veineuse					
Mise en place de cathéter artériel					
Ponction au talon					
Insertion de sondes (gastrique, vésicale,...)					
Aspiration de sécrétions					
Mise en place de cathéter périphérique					
Introduction de cathéter ombilicale					
Drainage thoracique					
Intubation trachéal					
Réflexion de pensement					
Soins d'hygiène					

18. Selon vous, quels facteurs influencent l'utilisation des interventions non pharmacologiques dans le contrôle / traitement de la douleur chez le nourrisson

	Toujours	Presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais
Situation clinique du nourrisson					
Manque de protocole					
Motivation					
Ressources					
Connaissances					
Autres					

Si vous avez répondu autres, identifier le ou les facteurs

19. Utilisez-vous des interventions **pharmacologiques** lors de ces procédures provoquant de la douleur

	Toujours	Presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais
Mise en place de cathéter artériel					
Ponction artérielle					
Ponction au talon					
Insertion de sondes (gastrique, vésicale,...)					
Aspiration de sécrétions					

Introduction de cathéter périphérique					
Introduction de cathéter ombilical					
Drainage thoracique					
Intubation trachéale					
Réfection de pansement					
Soins d'hygiène					

20. Évaluez-vous l'efficacité des stratégies **non pharmacologiques/pharmacologiques** pour le contrôle de la douleur

	Toujours	Presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais
Pharmacologique					
Non pharmacologique					

21. Selon votre observation, les interventions **non pharmacologiques** doivent-elles être utilisées de façon concomitante aux interventions **pharmacologiques**

Toujours	Presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais

22. Selon vous, quel est le plus grand obstacle à un **diagnostic correct** de la douleur chez le nourrisson hospitalisé aux soins intensifs (Choisissez une seule option)

- La phase pré-verbale de l'enfant ☐
- L'absence d'indicateur spécifique..... ☐
- La grande variabilité de réponse à la douleur..... ☐
- Différence entre la douleur et l'inconfort..... ☐
- Évaluation et quantification de la douleur..... ☐

23. Selon vous, quel est le plus grand obstacle au **traitement** adéquat de la douleur, dans une unité de soins intensifs (Choisissez une seule option)

- Décision d'utiliser ou non des analgésiques..... ☐
- Les différentes interprétations personnelles de l'évaluateur..... ☐
- L'inexistence d'une vision multidimensionnelle de la douleur..... ☐
- La méthode utilisée pour évaluer la douleur du nourrisson..... ☐

24. Au cours de l'hospitalisation du nourrisson en USINP, un changement dans le vécu de la douleur peut provoquer un changement des manifestations de douleur

Toujours	Presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais

25. Le phénomène douleur est-il analysé/discuté pendant la visite médicale quotidienne, réalisée par le médecin et l'infirmier au lit du patient

Toujours	Presque toujours	Parfois	Rarement	Jamais

26. Considérez-vous posséder suffisamment d'outils pour évaluer et agir efficacement sur le phénomène douleur, chez le nourrisson

Oui ☐ Non ☐

27. Selon vous, l'exposition à la douleur dans une phase si précoce du développement humain pourrait-elle provoquer des altérations structurelles et fonctionnelles chez le nourrisson

Oui ☐ Non ☐

27.1 Cette exposition précoce aura elle des répercussions dans son futur d'enfant

Oui ☐ Non ☐

28. Pour obtenir des résultats plus optimisés et efficaces sur la gestion de la douleur du nourrisson en USINP, considérez-vous qu'il devrait y avoir plus de

Formations académique sur la douleur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Formation continue sur la douleur (service, hôpital)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Spécialisation sur la douleur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Investigation scientifique sur la douleur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Développement de la pratique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Création de groupe de travail pour créer et actualiser des protocoles de service	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

FIN

Merci de votre participation

Anexo VII - Formulário de informação e consentimento (Versão Portuguesa)

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal, estamos a desenvolver uma investigação sobre “A Dor na UCINP: conceções e práticas dos enfermeiros na gestão da dor em crianças no 1º ano de vida”, sendo este questionário o instrumento de colheita de dados.

O estudo tem como objetivo conhecer as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para avaliar e intervir no fenómeno dor na criança no 1º ano de vida (lactente), ventilada ou não, em contexto de cuidados intensivos pediátricos e neonatais.

O seu contributo é fulcral para realizar com sucesso esta investigação que visa contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem ao lactente internado em UCINP.

A sua participação no estudo é opcional e voluntária. Da recusa não advêm qualquer tipo de dano pessoal ou profissional.

Todos os dados obtidos no decorrer do estudo têm garantia absoluta de confidencialidade, assegurada pelo anonimato. Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes.

Se aceitar participar, solicita-se que assine este documento e o restitua, no envelope fornecido, separadamente do questionário assim como que preencha o questionário na íntegra.

Assinatura: _____ Data: _____

Desde já agradecemos a sua colaboração e tempo despendido.

O questionário tem uma duração de preenchimento de aproximadamente 25 min.

Nota: Poderá solicitar o trabalho final por e-mail através de dricoac@hotmail.com ou deixando o seu endereço e-mail para que lhe seja enviado diretamente.

Anexo VIII - Formulário de informação e consentimento (Versão Francesa)

FORMULAIRE D'INFORMATION

Dans le cadre du Master Infirmier en Santé Infantile et Pédiatrie, de l'école Supérieure d'Infirmier de Porto – Portugal, nous développons une investigation sur « **La douleur au sein d'une USINP, conceptions et pratiques du personnel médical infirmier dans la prise en charge/gestion de la douleur chez l'enfant, tout au long de sa première année de vie.** » dont ce questionnaire est l'instrument de récolte de données.

Cette étude a pour objectif de connaître les stratégies utilisées par les infirmiers pour évaluer et intervenir sur le phénomène douleur chez l'enfant pendant sa première année de vie (nourrisson), ventilé ou non, dans un contexte de soins intensifs pédiatrique et néonatal.

Votre contribution est fondamentale pour réaliser avec succès cette investigation qui vise à l'amélioration des soins infirmiers aux nourrissons hospitalisés en unité de soins intensifs néonatale et pédiatrique.

Votre participation à l'étude est optionnelle et volontaire. Du refus, il n'advientra quel qu'on que sorte de préjudice personnel ou professionnel et il n'existe aucun risque pour les participants.

Ce questionnaire, ainsi que l'ensemble des rapports ou publications éventuelles qui possiblement en découleront sont anonymes. En aucun cas il ne sera mentionnée quelconque référence ou information qui rendent possible l'identification des participants dans les rapports.

Si vous acceptez de participer, nous vous demandons de lire et signer le formulaire de consentement et de le restituer **séparément** du questionnaire ainsi que de remplir le questionnaire dans son intégralité.

Nous vous remercions d'avance de votre collaboration et pour le temps disposé.

La durée de réponse pour remplir le questionnaire est approximativement de 25 min.

Note : Il vous sera possible de solliciter les résultats, poser d'éventuelles questions ou tout autre demande par e-mail à l'adresse dricoac@hotmail.com .